A CLÍNICA SOCIAL - PROPOSTAS PESQUISAS E INTERVENÇÕES

ISBN 978-85-86736-59-9

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO E

TÃNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

(Organizadoras)

apoio

REALIZAÇÃO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

APOIO:

FAPESP

VETOR EDITORA PSICOPEDAGÓGICA

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada APOIAR (12.: 2014: São Paulo)

Anais da XII JORNADA APOIAR: A CLÍNICA SOCIAL - PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES realizada em 5 de Dezembro de 2014 em São Paulo, SP, Brasil / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Tania Maria José Aiello Vaisberg - São Paulo : IP/USP, 2014

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-86736-59-9

1. 1 1. Psicologia clínica 2. Psicologia Social 3. Direitos Humanos

4. Clínica I. Título.

RC467

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-86736-59-9

9 788586 736599

APRESENTAÇÃO

Essa é a décima segunda Jornada que realizamos e ocorreU no dia 5 de Dezembro de 2014, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo. E mais uma vez a Jornada APOIAR desenvolvida pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), foi realizada sem ônus aos participantes, tendo sempre um número significativo de assistentes e pesquisadores, e desde o ano de 2008 transmitido ao vivo, on line, pelo sistema IPTV. O Laboratório constitui-se como espaço propiciador da integração entre ensino, pesquisa e prática clínica, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação e proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduandos e para articulações teóricas de docentes e pesquisadores.

O Laboratório, que completou 22 anos, realizou nos primeiros dez anos eventos acadêmicos abertos ao público em geral, focalizando os temas "proposições de cuidado psicológico a pacientes psiquiátricos desospitalizados" e "investigação em psicanálise". Desde então, mantém também publicação que congrega artigos de estudiosos vinculados aos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Psicologia Clínica, de pesquisadores de instituições internacionais com as quais mantém convênio, textos remetidos de forma espontânea por representantes do pensamento psicanalítico contemporâneo, além de trabalhos oriundos dos eventos científicos sob sua organização: os Cadernos Ser e Fazer.

Em 2003, a coordenação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social passou para a Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, e a Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg aposentada continuou na condição de orientadora, e dessa forma as Oficinas "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação se mantiveram.A partir da Coordenação de Leila Tardivo, o Laboratorio veio se ampliando, a partir da criação de um novo serviço e projeto amplo, o Apoiar que, entre muitas realizações, mantém a realização de Jornadas anuais, que já se tornaram uma referência em sua área de conhecimento.

Dessa forma, o APOIAR se constituiu como um amplo serviço e projeto inserido no Laboratório que é composto de diversos projetos. Foi criado em 2002, consolidado em 2003, e a cada ano a equipe que o compõe apresenta uma Jornada temática. Nessas Jornadas convidamos palestrantes de instituições, universidades e organizações, do Brasil

e de outros países, como esse ano, de forma presencial e *on line*. Além das palestras e comunicações trazidas pelos convidados, na Jornada são divulgados na forma de painéis, os projetos e propostas desenvolvidas pelos membros do APOIAR e da Ser e Fazer que atuam sob a orientação e supervisão de docentes do IPUSP. Vimos abrindo um espaço para a divulgação de trabalhos desenvolvidos por membros, estudantes, de outros Laboratórios do IPUSP e seus orientadores. E também contamos com trabalhos e projetos (apresentados na forma de painéis) de estudantes com seus orientadores e pesquisadores de outras universidades e instituições.

O APOIAR, inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, vem desenvolvendo sua função de forma coerente com a vocação da universidade pública, ou seja: visa à produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços à comunidade, sendo que a décima primeira jornada manifesta muito vivamente esse tríplice vocação. Nesse ano, tivemos a presença de parceiros dos países: Espanha, Portugal, e de outras universidades: USP de Ribeirão Preto e Universidade Federal do Maranhão.

Às 8h30 houve a Mesa de Abertura com o Chefe do Departamento de Psicologia Clínica, o Prof Dr Gilbero Safra que recebeu os convidados. Foi aberto pela Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental Psicologia Clínica Social do IPUSP, Leila Cury Tardivo e Presidente do evento (IPUSP) e a Professora Livre Docente Tânia Vaisberg, coordenadoras e supervisoras de dois grandes projetos inseridos no Laboratório (APOIAR e Ser e Fazer), que discutiram o tema da Psicologia Clínica Social, que dá nome ao Laboratório. Em seguida, foram apresentados dois simpósios. O primeiro teve a participação de parceiros internacionais e nacionais: a Dra. Carolina Sales Vieira, da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, que trouxe sua experiência com: **Adolescência excluída e esquecida: o uso do crack e outras drogas**; o Dr Jesus Garcia Marinez (Universidade de Sevilha) discutiu o tema: **Parejas padres e hijos- encuentros desencuentros** (Casais , Pais e Filhos- encontros e desencontros).; e –Dr. José Manuel Méndez Tapia. (Universidad Autónoma Metropolitana– Mexico) apresentou dados de sua experiência: **Mediación y VIH (HIV). Experiencias de trabajo con un grupo de jóvenes con HIV en Ciudad de México** (Mediação e HIV: Experiências de trabalho com um grupo de Jovens com HIV na idade do Mexico); O simpósio foi coordenado pelo Professor Doutor Antonio Augusto Pinto Junior da UFF.

Trabalhos avaliados previamente pela Comissão Científica foram apresentados na forma de painéis, e ficaram expostos durante o evento no vão em frente ap Anfi**teatro** , sendo

uma hora do programa, destinada à visita e ao diálogo com os autores sobre seus trabalhos expostos. Uma Comissão de docentes os avaliou e foram premiados os melhores: do APOIAR, da Ser e Fazer e de Ins**tituições convidadas**, estimulando estudantes de graduação e pós graduação na importante atividade de divulgar seus trabalhos, sob a orientação de Professores Doutores.

O segundo simpósio coordenado pela Professora Dora Salcedo da EACH/USP, contou com a participação da Dra Almudena García Manso da Universidade Rey Juan Carlo da Espanha, que tratará do tema das **Questões de gênero e da igualdade**; que discutiu trabalhos relacionados **às Situações familiares, em especial de violência**; do Dr. Jose Manuel Peixoto Caldas da Universidade do Porto de Portugal e convidado da USP que vai discutir as **Novas cidadania(s), novas configurações familiares: A família homoparental em questão** e, finalmente, o Dr Cássius Guimarães Chai, Promotor /do Maranhão e Professor da UFMA, além de atuar na área dos direitos humanos, vai abordar o **Mito da Teoria Pura do Direito e seus reflexos para um Estado sem respeito às diferenças** .

Como nas Jornadas anteriores, o conteúdo das palestras, dos Simpósios, dos painéis foi reunido em uma publicação, com ISBN, introduzida, que expressa ideias dos distintos autores, que trazendo suas reflexões nos estimulam a pensar e a desenvolver nossos trabalhos. A XII Jornada APOIAR foi proposta, dessa forma, como uma contribuição para que, a partir de embasamento teórico sólido, desenvolveu a investigação, a prevenção e a intervenção no campo da Psicologia Clínica Social. Dessa forma, o evento assim se justificou, pela sua importância, pelos temas abordados, pelos professores estrangeiros e nacionais convidados, e pelo apoio da FAPESP , e se revestiu da maior relevância, uma vez que todas as atividades foram desenvolvidas sem custo para os participantes. E, dessa forma, foi possível atingir um maior número de participantes.

Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – PROJETO APOIAR

Presidente da Comissão Científica da XII JORNADA APOIAR

FORAM OBJETIVOS DA XII JORNADA APOIAR

- Adotando como tema " A CLÍNICA SOCIAL : PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES a- XII JORNADA APOIAR teve como objetivo focalizar pesquisas e experiências de campo sobre a situação de risco e vulnerabilidade de famílias, crianças e adolescentes em nosso meio e em outros países, como propostas que podem embasar demandas da clinica psicológica atual e de propostas de prevenção e a propostas a propostas multidisciplinar;
- Visou, também, constituir-se como espaço de divulgação e discussão sobre pesquisas voltadas ao estudo de varias problemáticas especificamente sobre a direitos , riscos e fatores de proteção ao mesmo tempo, de outros temas relacionados à saúde mental e à clínica social;
- Recebeu e aprendeu, a partir da experiência de notáveis professores e pesquisadores internacionais da área da psicologia,da Sociologia e do Direito;
- Promoveu o aprendizado e troca de experiências com o Exmo. Sr. Dr. Cassius Chai que é atuante na temática dos Direitos Humanos;
- Abriu um espaço de divulgação de propostas e trabalhos; desenvolvidas por organizações dedicadas ao estudo e à atenção em Psicologia Clínica aos aspectos sociais e à saúde mental; se constituindo ainda objeto de intercâmbio cientifico e profissional com todos os presentes;
- Elaborou uma publicação, com ISBN a partir de toda essa intensa atividade; a fim de ampliar a divulgação dos temas abordados na XII Jornada;
- Desenvolveu todas essas atividades, junto à comunidade USP, bem como aos interessados de outras universidades e instituições, sem qualquer ônus aos participantes.

PROGRAMA – 5 DE DEZEMBRO DE 2014

8h00h– Distribuição de material

8h30 –Professores Titulares Gilberto Safra

9h00 – A Saúde Mental e a Psicologia Cínica Clínica Social - Leila Cury Tardivo (USP)

Psicologia Clinica Social na Esteira da Psicohigiene e da Psicologia Institucional- Tania Vaisberg- Coordenação Claudia Aranha Gil

10h00 - 1º SIMPÓSIO: INFÂNCIA E ADOLESCENCIA: DIREITOS E PROTEÇÃO

Adolescência excluída e esquecida:o crack e outras drogas - Dra Carolina Sales Vieira (USP – Ribeirão Preto)

Parejas padres e hijos- encuentros desencuentros: Dr Jesus Garcia Martinez (Universidad de Sevilla)

Mediación y VIH (HIV). Experiencias de trabajo con un grupo de jóvenes con HIV en Ciudad de México –Dr. José Manuel Méndez Tapia. (Universidad Autónoma Metropolitana– Mexico)

Coordenação: Prof. Dr. Antonio Augusto Pinto Junior (UFF)

12h00 - POSTERES (sala Ligia Assumpção Amaral na Biblioteca do IPUSP)

12h30 – 13h30 – Intervalo para almoço

13h30 – PORACAOSOS SP de Teatro do Oprimido em A Casa das Bonecas do Descaso

Com Christianne Moura Nascimento, Marinê de Souza Pereira, Camila Bevilacqua, Ana Luiza Lacerda. Curinga: Fernanda Nocam

14h30- 2º SIMPÓSIO: DIREITO E FAMILIA

Nuevas articulaciones entre la sexualidad y el género: miradas desde los márgenes a favor de la igualdad ciudadana – Dra Almudena García Manso (Universidad Rey Juan Carlo- Espanha)

Novas cidadania(s), novas configurações familiares: A família homoparental em questão. - Prof Dr. Jose Manuel Peixoto Caldas (U Porto /USP)

O Mito da Teoria Pura do Direito e seus reflexos para um Estado sem respeito às diferenças Dr Cássius Guimarães Chai (UFMA)

Coordenação – Profa. Dra. Dora Mariela Salcedo Barrientos – EACH USP

16h30- COFFEE BREAK

17h00 –PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES E ENCERRAMENTO- Leila Tardivo e Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg.

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Coordenadora: Dora Mariela Salcedo Barrientos (EACH USP – Brasil)

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP

Jose Manoel Peixoto Caldas – Universidade do Porto/ Universidade de São Paulo

Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP

Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal do Grande Dourados (MS)

Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP

Claudia Aranha Gil Universidade São Judas

Laura Carmilo Granado - Universidade São Judas

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Marilia Martins Vizzotto – UMESP

Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU

Manoel Antônio dos Santos – FFCLRP – USP

Tania Granatto - PUC DE CAMPINAS

Fabiana Follador e Ambrosio

COMISSÃO ORGANIZADORA

Aline Vilarinho Montezzi
Karina Parente
Loraine Seixas
Luiz Tadeu Gabriel Filho
Malka Alhanat
Marcelo Soares Cruz
Márcia Aparecida Isaco de Souza
Maria Aparecida Mazzante Colacique
Paula Orchiucci Miura
Raquel B M Younes
Roberta Elias Manna
Rodrigo Jorge Salles
Silvia Collakis
Yara Malki

Comissão de Apoio: Membros do APOIAR e estudantes de graduação IPUSP

CRITÉRIOS A SEREM AVALIADOS PELA COMISSÃO CIENTIFICA

XII JORNADA APOIAR- A CLÍNICA SOCIAL: PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES

Nos trabalhos a serem publicados nos anais e apresentados na forma de pôsteres . sendo de estudantes deverão ter como co autores os supervisores/orientadores (com titulo de Doutor)

Serão avaliados os itens:

1- Apresentação e redação
a) O título no máximo 12 palavras
b) O titulo resume o conteúdo do artigo
c) O resumo inclui objetivos, método, resultados e conclusões
d) Qualidade de redação do texto completo

2.1 – Para pesquisas quantitativas ou qualitativas:
a) Introdução/Revisão da Literatura
b) Relevância do tema investigado
c) Referências usadas: relevância e são suficientes
d) Objetivos e justificativa :clareza
e)Normas: APA (estão seguidas corretamente)
f)Método: descrição correta: participantes, procedimentos e instrumentos
g) Menção adequada dos aspectos éticos envolvidos
h) Resultados: apresentação com clareza, relação com os objetivos e o método (podem ser apresentação de estudos de caso)
i) Discussão/ conclusões: qualidade, síntese dos resultados e relação com os dados da literatura

2.2 – Relatos de experiência
(verificar os itens: Tema -Introdução, objetivos, relato da experiência / discussão

2.3 – Estudos teóricos – ou do estudo do estado da arte
Tema discutido, Introdução, fontes bibliográficas usadas, desenvolvimento do tema, conclusão Os membros da Comissão Cientifica irão analisar os trabalhos inscritos e a partir dos aspectos acima, deverão fazer pareceres , enviando aos autores com as seguintes avaliações.

Conclusão da avaliação:
( ) Favorável- aceito sem modificações
( ) Favorável, com pequenas modificações explicitadas no parecer
( ) Favorável, com grandes modificações explicitadas no parecer -
( ) Desfavorável

Presidente da Comissão Cientifica
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Coordenadora: Dora Mariela Salcedo Barrientos (EACH USP – Brasil)
Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP
Jose Manoel Peixoto Caldas – Universidade do Porto/ Universidade de São Paulo

Francisco Baptista Assumpção Junior - IPUSP
Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal do Grande Dourados (MS)
Avelino Luiz Rodrigues – Instituto de Psicologia da USP
Claudia Aranha Gil Universidade São Judas
Laura Carmilo Granado - Universidade São Judas
Lucilena Vagostello – Universidade São Judas
Marilia Martins Vizzotto – UMESP
Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU
Manoel Antonio dos Santos – FFCLRP – USP
Tania Granatto - PUC DE CAMPINAS
Fabiana Follador e Ambrosio.

CRITÉRIOS A SEREM AVALIADOS PELA COMISSÃO CIENTIFICA
PARA PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES
XII JORNADA APOIAR- A CLÍNICA SOCIAL: PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES

Número do Pôster: _______

Titulo do Pôster: ____

Autor(es): ____

Membro da Comissão Cientifica: avaliar os aspectos e atribuam um conceito de 0 a 10
Devem ser avaliados os itens:

1- Apresentação e redação – NOTA ___________
O título no máximo 12 palavras ; O titulo resume o conteúdo do artigo;O resumo inclui objetivos, método, resultados e conclusões; Qualidade de redação do texto completo

E

2.1 – Para pesquisas quantitativas ou qualitativas:
Introdução/Revisão da Literatura; Relevância do tema investigado; Referências usadas: relevância e são suficientes; Objetivos e justificativa :clareza ;)Método: descrição correta: participantes, procedimentos e instrumentos; Menção adequada dos aspectos éticos envolvidos; Resultados: apresentação com clareza, relação com os objetivos e o método (podem ser apresentação de estudos de caso) ;Discussão/ conclusões: qualidade, síntese dos resultados e relação com os dados da literatura

OU

2.2 – Relatos de experiência NOTA ___________
Tema -Introdução, objetivos, relato da experiência / discussão

OU

2.3 – Estudos teóricos – ou do estudo do estado da arte NOTA ___________
Tema discutido, Introdução, fontes bibliográficas usadas, desenvolvimento do tema, conclusão Os membros da Comissão Cientifica irão analisar os trabalhos inscritos e a partir dos aspectos acima, deverão fazer pareceres , enviando aos autores com as seguintes avaliações.

MÉDIA FINAL ___________

Membros da Comissão Cientifica: __________________________________

Presidente da Comissão Cientifica- Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

SUMÁRIO

MESA DE ABERTURA

A SAÚDE MENTAL E A PSICOLOGIA CÍNICA CLÍNICA SOCIAL

LEILA CURY TARDIVO

"Talvez o principal trabalho que se faz seja da natureza da integração, tornada possível pelo apoio no relacionamento humano, mas profissional - uma forma de sustentação (D. W. Winnicott, 1960)

O APOIAR, como outros Projetos abrigados no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, objetiva a formação do psicólogo no campo da saúde mental em sua acepção mais ampla,ou seja, no que diz respeito ao estudo compreensão e intervenção a pessoas em situação de sofrimento; visa, como acima já referimos o desenvolvimento de pesquisas com a produção de conhecimentos teóricos, que em Psicologia Clínica se faz sempre de forma indissociada da prática. Concordamos com Safra (2003) que diz:

> *A articulação teórica sem referência à clínica corre o risco de aproximar-se das manifestações de pensamento delirante. A clínica sem a conceitualização teórica pode perder-se na indisciplina de uma prática onipotente e sem rigor metodológico (p.120).*

O APOIAR – Atendimento Psicológico Clínico Individual e Grupal – vem atender a grande demanda de atenção psicológica gerada pelo sofrimento humano causado pelas condições da vida contemporânea.

Estabelecemos convênios e parcerias, as quais tem caráter puramente acadêmico e científico,para o desenvolvimento de pesquisas, e produção de conhecimento, com instituições que necessitam ou nos buscam para esse um em comum: o trabalho em função do sofrimento humano

Dutra (2005) traz considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade, estabelecendo que a Psicologia Clínica, enquanto campo de

atuação e saber do psicólogo, tem atravessado, implicando,muitas vezes, uma verdadeira desconstrução do que se representava e se conceituava como Psicologia Clínica.

Muitos autores brasileiros, entre os quais Féres-Carneiro (1993), Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003), Guedes (1992),Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva (1994) vêm apresentando e discutindo, de forma mais extensa, aspectos significativos presentes nas mudanças ocorridas nessa área da psicologia.

Nessa nova concepção de clínica psicológica, entende-se que o ato clínico deve ser contextualizado e refletido, onde quer que este se realize ou onde quer que a clientela esteja.

Costa e Brandão (2005) buscam circunscrever uma categoria de intervenção que é de natureza clínica, mas que ocorre em contexto social/comunitário. Os conceitos de clínica e de comunidade são brevemente discutidos, a fim de que o desenvolvimento dessa intervenção surja não da superposição ou transposição de abordagens, mas, sobretudo, que possibilite reformular e criar novas formas de atuação. Propomos definir uma prática que revela uma epistemologia, que se situa nessa observação clínica, mas que também é do contexto, do grupo, da família e da dimensão política, porque se passa nessa zona complementar de interação de pessoas que são sujeitos de emoção e afeto, mas seres sociais por excelência

Essas autoras propõem um diálogo da Psicologia Social Comunitária com a Psicologia Clínica., trazendo como significado de clínica , não como uma área, mas como uma abordagem, uma forma de olhar.

Barbier (1985) explica que a origem da palavra clínica provém do grego, kliné , que significa "procedimento de observação direta e minuciosa" (p. 45).

Esse autor também aponta que a clínica inclui a exploração e compreensão dos significados presentes nas ações do sujeito, bem como dos grupos de sujeitos, buscando-se lhes apreender o sentido que leva a determinadas direções de relacionamentos, conflitos e decisões. Na proposta de atendimento clínico comunitário de Costa e Brandão (2005) há uma zona de intersecção da Psicologia Clínica com a Psicologia Social Comunitária.

No Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – no APOIAR, em nossas pesquisas encontramos em Bleger um embasamento muito relevante sobre essa conceituação e ação

Ao considerar o que é a Psicologia como ciência , Bleger (1975) traz a consideração

> *A Psicologia não é somente a ciência dos fenômenos mentais, a psicologia abarca o estudo de todas as manifestações do ser humano e estas se dão sempre, realmente, no nível psicológico de integração (p.35).*

O mesmo autor dá uma visão que contempla os estudos que venho fazendo, bem como minha atuação, quando diz

> *A psicologia clínica é sempre o campo e o método mais direto e apropriado de acesso à conduta dos seres humanos e sua personalidade* (p.28).

Importante considerar que nosso trabalho está inserido num certo momento histórico,numa cidade e comunidade específica, e mais ainda, num determinado momento de minha própria trajetória como psicóloga clínica, investigadora e professora. Todas essas condições se presentificam no trabalho, numa articulação dinâmica entre atuação e reflexão.

O Laboratório que coordenamos, traz em seu nome: *Saúde mental e Psicologia Clínica Socia*l, assim vale refletir brevemente sobre Saúde Mental - um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica, portanto é mais amplo que a ausência de transtornos mentais" Vem a ver com estar de bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Saúde Mental congrega as noções da "condição desejada de bem-estar dos indivíduos" e das "ações necessárias que possam determinar essa condição". Dessa forma, Saúde mental é um conceito complexo: considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde - doença. (Sarraceno, 1999

Todas essas condições se presentificam no trabalho, numa articulação dinâmica entre atuação e reflexão - . Desde a 1ª Jornada APOIAR, em 2003, – Fundamentos e Propostas - como finalidade apresentar para a comunidade em geral e para o Instituto de Psicologia da USP nossas propostas, atendimentos diferenciados no IPUSP e as parcerias que estavam em seu início. (Tardivo, e Gil, 2003). Essa 12ª JORNADA APOIAR A CLÍNICA SOCIAL: PROPOSTAS, PESQUISAS E INTERVENÇÕES teve como objetivo focalizar pesquisas e experiências de campo sobre a situação de risco e vulnerabilidade de famílias, crianças e adolescentes em nosso meio e em outros países, como propostas que podem embasar demandas da clinica psicológica atual; salientando a prevenção e o caráter multi disciplinar fundamental quando se pensa em produzir conhecimento, propor trabahos práticos em saúde Mental.

Referências Bibliográficas

Bleger, J . (1975) **Psicologia de la Conducta**, Buenos Aires Editoral Paidós, 1975

Costa, L.; Brandão, S. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: Uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 33-41.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, 9(2), 381-387.

Féres-Carneiro, T. (1993). Academia e profissão em Psicologia Clínica: da rela- ção possível à relação desejável. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 6(1/2) [supl. 1], 103-105.

Féres-Carneiro, T.; Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), **Construindo a Psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica** (pp. 99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guedes, M. C. (1992). Atuação do psicólogo clínico: análise de dissertações em periódicos brasileiros e de dissertações e teses defendidas no país no período 1980/92. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), **Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços** (pp. 11-24). Campinas: Átomo.

Lo Bianco, A. C.; Bastos, A. V. B.; Nunes, M. L. T.; Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org**.), Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação** (pp. 7-76). São Paulo: Casa do Psicólogo..

Safra, G. (2003). O uso de material clínico na pesquisa psicanalítica in Silva, M. E\

(coordenadora) **Investigação e Psicanálise**, Campinas.

Sarraceno, B. (1999) **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: TE CORÁ.

Tardivo, L.S.P.C (2007). **Adolescência e Sofrimento Emocional:Reflexões Psicológicas – Encontros e Viagens**, , Vetor, São Paulo.

Tardivo, L.S.P.C.; Gil. C A (org.) **(2003) Anais da I Jornada APOIAR ;** Fundamentos Propostas de Atendimento– Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 29 de novembro de 2003 .

Winnicott, D. W. (1960/1983) **O Ambiente e os Processos de Maturação**.Porto Alegre, Artes Médicas.

PSICOLOGIA CLINICA SOCIAL NA ESTEIRA DA PSICOHIGIENE E DA PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

TANIA AIELLO-VAISBERG

O uso da expressão Psicologia Clínica Social surgiu, entre nós, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no início dos anos noventa, quando foi fundado o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. Convocada a criar um laboratório, busquei formar uma parceria com a falecida professora Arakcy Martins Rodrigues, que circulava com desenvoltura e extraordinária competência pelos campos da psicanálise e da psicologia social. Nossa intenção era a de consolidar uma iniciativa interdepartamental, na qual se uniriam o Departamento de Psicologia Clínica com o Departamento de Psicologia Social. A proposta logrou aprovação institucional, em todas as instâncias, mas não vingou por variados motivos, que não convém aqui elencar, mas que derivaram das complexidades da vida universitária. A associação se desfez, mas o laboratório persistiu. Como seu germe se encontrava no Departamento de Psicologia Clínica, este passou a acolhe-lo. Lamentei o afastamento da Professora Arakcy, mas meu entusiasmo não se arrefeceu, pois começara a perceber a potencialidade realizadora de um laboratório.

Há um detalhe interessante nesta história. Como iniciativa interdepartamental, o laboratório tinha sido inicialmente batizado como Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social. Tornando-se instância vinculada unicamente ao Departamento de Psicologia Clínica, requeria uma nova denominação. Resolvemos esta questão acrescentando o adjetivo “clínica”, que originou a expressão Psicologia Clinica Social.

Assim, à primeira vista, tal expressão serviu, praticamente, para demarcar uma pertinência departamental. Entretanto, o termo se manteve, de fato, porque é feliz no sentido de traduzir um posicionamento frente à psicologia e à psicanálise, que tenho assumido desde minha formação. Esse consiste na adoção de uma perspectiva absolutamente convergente com a chamada psicologia concreta da conduta, com a psicohigiene e a psicologia institucional propostas por José Bleger (1958;1963;1966).

Poucos anos mais tarde, quando fui apresentada à Professora Jacqueline Barus-Michel, emérita do Laboratoire du Changement Social de l'Université de Paris 7, propositora de uma abordagem denominada Psicologia Social Clinica, que conjuga psicanálise, fenomenologia e sociologia, senti um certo prazer com a escolha que fizera para nomear o laboratório. O encontro com a Professora Jacqueline, que a princípio sinalizava uma possibilidade de estabelecimento de intercâmbio produtivo, não cumpriu as expectativas, na medida em que sua visão da psicanálise não se aproximava suficientemente da perspectiva concreta. Serviu, contudo, tanto para um enriquecimento trazido por uma amizade importante, fundada na admiração por uma pesquisadora notável, como para reafirmar minha afinidade com a visão blegeriana[1]. Assim, de fato, vim a assumir a Psicologia Clínica Social como um referencial teórico que traduz um pensamento complexo que, felizmente, vem sendo reavaliado, atualmente, desde uma perspectiva histórica, por vários autores, dentre os quais cumpre destacar Dagfal (2009;2011). A partir desta base, contando com esclarecimentos metodológicos indispensáveis de Herrmann (1979), pude, contando com a participação daqueles que vieram a integrar o Laboratório, acrescentar uma animada interlocução com o pensamento de D. W. Winnicott, configurando aquilo que é hoje conhecido como o Estilo Clínico Ser e Fazer (Ambrosio,2013).

O PSICÓLOGO E A PSICOLOGIA DA CONDUTA

É interessante situar aqui, ainda que brevemente, o contexto no qual as ideias blegerianas acerca da psicanálise e da psicologia se desenvolveram. Com a queda de Juan Domingo Péron, em 1955, a Argentina passou a sofrer profundas mudanças culturais. Nesta época foram criadas novas carreiras universitárias, entre as quais a psicologia. A primeira escola de graduação em psicologia, instalada em 1956, na cidade de Rosario, incluía o ensino da psicanálise na grade curricular. A disciplina foi inicialmente oferecida a Pichon-Rivière. Este não aceitou o convite, mas indicou um discípulo, José Bleger, que efetivamente assumiu o posto (Dagfal, 2009; Picabea,2009).

---

[1] Não é, neste momento, irrelevante acrescentar que, a partir de minha aposentadoria e contratação pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, tenha lá participado ativamente da criação, em 2003, do Laboratório de Psicologia Clínica Social, espaço institucional que divido atualmente com as colegas Vera Engler Cury e Tania Maria Marques Granato.

Deste o momento em que se tornou, além de médico e psicanalista, professor universitário, Bleger posicionou-se em termos bastante assertivos, defendendo com energia um certo perfil para o psicólogo clínico argentino. A formação deste novo profissional exigia, a seu ver, sólidos conhecimentos psicanalíticos, mas não se confundia com o processo de capacitação de psicanalistas clínicos, reservado à Associação de Psicanálise Argentina, da qual era membro. Em 1958, Bleger transferiu-se para a Universidade de Buenos Aires, para assumir as disciplinas Introdução à Psicologia e Psicologia da Personalidade para, algum tempo depois, assumir a cátedra de Higiene Mental (Picabea, 2009).

Por esta ocasião publicava Psicoanálisis y Dialética Materialista (Bleger,1958), apresentando o pensamento de Politzer (1928) com grande entusiasmo, na medida em que lhe permitia posicionar-se mais claramente diante do pensamento psicanalítico e preparar-se para a proposição do livro Psicologia de la Conduta (Bleger,1963). Este ultimo, dedicado ao mestre Pichon-Rivière (Picabea,2009; Dagfal, 2009,2011), corresponde a um alentado manual, onde, por meio de um admirável esforço, não desprovido de evidente erudição, articulou, de modo criativo e coerente, referências diversas, que incluem tanto Politzer (1928) como Marx e Engels (1933), passando, entre outros, por Fairbain (1945), Foucault (1954), Klein (1934;1946), Lagache (1949), Lewin (1936) e Merleau-Ponty (1945).

Na verdade, Bleger (1958;1963;1966) se devotou a mais de projeto ambicioso. Destacaremos aqui três que nos interessam mais de perto : 1) propor um específico modo de articulação entre psicanálise e marxismo; 2) lançar as bases de uma psicanálise intersubjetiva, que corresponderia não a uma metapsicologia fisicalista e sim a uma psicologia concreta; 3) definir um novo campo disciplinar bem como o perfil de um novo profissional, o psicólogo clínico, como agente de saúde mental pública. Os três estão profundamente interligados, de modo que seu posicionamento ideológico, que se definia fundamentalmente como profunda indignação contra todas as formas de injustiça social, levaram-no a sonhar com um novo profissional, comprometido com a saúde emocional da população, que estudaria psicanálise na universidade, para atuar em vertentes preventivas e interventivas (Talak,2004).

Estas propostas desagradaram tanto os comunistas como os psicanalistas, bem como alguns psicólogos. Resultaram, assim, em progressivo afastamento do Partido

Comunista Argentino, que culminou com sua expulsão[2], enquanto, por outro lado, fizeram-no alvo da frieza e descaso dos colegas psicanalistas. Além disso, provocaram críticas entre psicólogos que o acusavam de estar à frente de uma manobra que visaria, antes de mais nada, dissuadir levas de diplomados na nova carreira de concorrer, em termos mercadológicos, com os psicanalistas da Associação Argentina de Psicanálise. Esta última suspeita é compreensível sob um exame apressado e superficial, uma vez que permaneceu filiado à Associação mesmo quando, em 1954, seus membros decidiram tornar a psicanálise clínica uma prática privativa de médicos. Ora, para aqueles psicólogos que almejavam abrir consultórios particulares, a impossibilidade de tornar-se psicanalista correspondia ao desmoronamento de um sonho. Entendiam a atitude do professor como profundamente prejudicial, na medida em que não incentivava os psicólogos a se engajarem em reivindicações pelo direito de exercer psicanálise clínica, como filiados da Associação, a exemplo do que desde sempre vigorou e vigora, até hoje, no Brasil (Dagfal, 2009, Picabea,2009).

Tais reações não impediram Bleger (Picabea,2009) de empenhar-se, com grande energia e alta motivação, em aulas, na Universidade de Buenos Aires, que se tornaram memoráveis. Podemos ter uma boa ideia do que isto significou, e ainda significa, pelo fato do livro Psicologia da Conduta (Bleger,1963), manual de custosa leitura, ter-se tornado referência obrigatória não apenas nas faculdades de psicologia, como também no ensino médio argentino, sendo continuamente reeditado desde 1963 até os dias atuais.

Bleger (1966) defendia que a formação do psicólogo clínico deveria se fundamentar em conhecimentos psicanalíticos, o que estava longe de significar uma adesão ao pensamento freudiano, já que subscrevia as críticas de Politzer (1928) à metapsicologia clássica. A partir desse ponto chegou, inclusive, a avançar no sentido da proposição de uma psicanálise intersubjetiva, de ressonâncias claramente fenomenológicas, na qual o próprio conceito de inconsciente seria revisto sob forma de uma teoria de campo[3].

---

[2] Dada a insuficiência de nossos conhecimentos acerca do pensamento marxista, acredito ser prudente renunciar a um exame em detalhe o modo como se articulam dialética materialista e psicanálise no pensamento blegeriano. Creio bastar, no momento e circunstância atual, a lembrança de que o marxismo se traduz, em seus escritos, tanto como pressuposto de que a própria história e realidade humanas se constituiriam como movimentos dialéticos, que progredindo contraditoriamente, como sob forma de indignação profunda contra a exploração e opressão das camadas subalternas da população.

[3] Bleger (1963) declarou que propunha sua teoria de campos da conduta a partir das contribuições de Kurt Lewin, autor que fundamentou sua psicologia social na teoria da *Gestalt*. Entretanto, uma análise mais

Cabe, contudo, lembrar que os argumentos que usava para ensinar psicanálise para futuros profissionais, que não poderiam pleitear formação e filiação institucional na Associação Psicanalítica Argentina, eram teórica e ideologicamente sólidos, como mostraremos a seguir. Estar impedido de se tornar psicanalista clínico figurava, no contexto da visão blegeriana, como um subproduto irrelevante, face ao que claramente se encontrava na base da *démarche* do acadêmico, vale dizer a proposição de um profissional destinado ao importante campo da saúde mental pública:

"Quiero aclarar y subrayar que mi posición es la de que el psicólogo clínico, suficientemente preparado para ello, debe ser plenamente habilitado para poder desarrollar una actividad psicoterápica porque – entre otras razones – es actualmente el profesional mejor preparado, técnica y científicamente, para dicha tarea; pero al mismo tempo creo que la carrera de psicología tendrá que ser considerada como un fracaso, desde el punto de vista social, si los psicólogos quedan exclusivamente y en su gran proporción limitados a la terapéutica individual (Bleger, 1966,p.24).

Na verdade, seu engajamento num projeto de transformação da sociedade, sob a forma de combate a desigualdades sociais, econômicas e políticas, encontrava-se na base daquilo que pensava sobre a profissão do psicólogo, visto como agente de mudança de condições que vieram a ser conceituadas, a partir da década de noventa, como sofrimentos sociais (Renault, 2004 e 2008; Kleinman, Das e Lock, 1997). Na visão blegeriana, o psicólogo clínico se destinaria a algo de maior envergadura do que a prática privada da psicanálise, aqui concebida como ofício absolutamente limitado:

"Cuándo afirmo la limitación social del psicoanálisis en cuanto terapia me refiero, exclusivamente, al hecho de que es utópico pretender formar tantos psicoanalistas como para que toda la población sea sometida a tratamiento psicoanalítico (Bleger, 1966, p. 135)."

---

cuidadosa revela claramente que também sofreu influências fenomenológicas, que não podem ser desconsideradas. (Sastres,1974).

Implicado ética e ideologicamente com a injustiça social, sensível às dificuldades concretas do viver, que inevitavelmente se acompanham por sofrimento, o autor não tinha de fato motivos para grande encantamento e entusiasmo com a prática clínica em consultório particular.

PSICANALISE E PSICOLOGIA DA CONDUTA

Por outro lado, no que tange especificamente ao método e às teorias psicanalíticas, o posicionamento de Bleger (1958;1963) apresenta certa complexidade, na medida em que as críticas do jovem Politzer(1928) seguiram reverberando ao longo de sua trajetória. Estas dirigem-se especificamente à teorização metapsicológica, mas consideram que a psicanálise apresenta inestimável valor como conhecimento compreensivo(1928)[4]. Mantendo esta perspectiva, Bleger (1958;1963) repudiou a *metapsicologia*, empenhando-se para propor uma *psicologia* da conduta. Assim, enquanto rejeita aquilo que considera como uma objetivação grosseira da vida emocional, parte para a proposição de novos conceitos, tais como conduta, campos[5] da conduta, âmbitos da conduta, níveis da conduta, estrutura da conduta e outros, todos dotados de caráter dramático, intersubjetivo e próximo do vivido, que certamente derivam de influências fenomenológicas, que incluem principalmente Sartre (1943) e Merleau-Ponty (1945)[6].

Um exemplo – bastante central – pode ser suficiente para dar ao leitor uma razoável visão do que aqui se encontra em jogo. Surge, assim, o conceito de inconsciente no texto blegeriano:

Desde las investigaciones de Freud, la diferencia y las relaciones entre consciencia e inconsciencia ocupan buena parte del interés de la psicología contemporánea. Introducidas, en un primer momento, como partes del aparato mental, han sido posteriormente consideradas – aun por el mismo Freud – como cualidades de la

[4] Vale lembrar que o próprio Politzer era um intelectual profundamente engajado em lutas por transformação social (Michel Politzer,2013). Ao longo de sua trajetória, veio a desencantar-se com a psicanálise, cujo fim anunciou (Politzer, 1939). Entretanto, Bleger (1958;1963) manteve-se fiel ao pensamento crítico e propositivo apresentado em 1928.

[5] Chamamos a atenção para o fato de termos optado pela denominação “campos de sentido afetivo-emocional”, em nossos próprios escritos, para designar os campos da conduta.

[6] Parece interessante destacar que parte significativa da obra merleaupontyana ter chegado ao ser considerada uma teoria de campo (Tiemersma,1987).

conducta. Consciente e inconsciente no aluden a entidades ni sustancias, o que significa que no deben ser empleadas como sustantivos sino como adjetivos de la conducta. En general, pueden referirse directamente a la conducta o bien al sentido o motivación de la misma. Es importante tener en cuenta que la conducta es un proceso único y que, por lo tanto, es siempre en parte consciente y en parte inconsciente; las dos cosas al mismo tiempo. Lo inconsciente no es la fuente de la conducta ni tampoco lo único y verdadero de la personalidad. La conducta es un proceso para cuya totalidad se debe tener en cuenta todos sus aspectos y cambios, conscientes e inconscientes. Estos últimos no son el motor de la miente, como as veces se lo designa y tampoco la consciencia es algo superficial o secundario. La distorsión llega incluso a considerarlos como tipos de recipientes que contienen distintos elementos. (Bleger, 1963, p. 150).

Assim, o inconsciente blegeriano não corresponderia a uma zona ou região do aparelho psíquico onde se originariam as motivações da conduta. Na verdade, as condutas são vistas, por este autor, como algo que não se exterioriza unicamente a partir do psiquismo individual, mas como fenômeno que emerge a partir de campos psicológicos, cuja caráter é intersubjetivo, relacional, vincular. A metapsicologia é abandonada em prol de uma concepção segundo a qual a psicanálise seria nada mais nada menos do que uma psicologia – a mais completa e profunda (Bleger, 1963).

Não me alongarei aqui, numa exposição sobre as diferenças existentes entre a psicanálise metapsicológica e a psicologia psicanalítica da conduta, uma vez já que já dispomos de elementos suficientes para mostrar o quanto se afasta Bleger (1958;1963;1966) do freudismo. Basta, no momento, lembrar que eram precisamente a psicologia da conduta, e, posteriormente, a psicohigiene e psicologia institucional, as bases bibliográficas mais importantes de suas aulas. Esta era, precisamente, a psicanálise que ensinava. Assim, posicionando-se diante da psicanálise como uma psicologia, ou seja, como uma ciência que teria como objeto a conduta de seres humanos concretos, e de modo algum um inconsciente substantivado, veio a circunscrever um território prático que seria privativo do psicólogo:

En el psicoanálisis operativo se utilizan el conocimiento psicoanalítico en situaciones grupales, institucionales o comunitarias y tiene la ventaja sobre el psicoanálisis aplicado de que es posible utilizar la comprensión observando sus efectos. Metodológicamente se halla menos reglado y por eso resulta más complicado que el psicoanálisis clínico, pero con el se amplían los campos de investigación y de utilización

del psicoanálisis. Al respecto es útil aclarar que no existen fenómenos psicoanalíticos; en todo suceso intervienen seres humanos y, por lo tanto, se puede utilizar el psicoanálisis. El psicoanálisis operativo exige siempre un trabajo de campo y es por esta última exigencia que se lo debe también diferenciar de la especulación basada en conocimientos o teorías psicoanalíticas que constituye, esta última – una variante del psicoanálisis aplicado (especulación psicoanalítica sobre sucesos históricos, fenómenos tales como la guerra, etc) (Bleger,1977,p.123)

Nesta passagem, ao descrever o campo de atuação do psicólogo, Bleger (1977) admite que se trata de um contexto onde se pode “investigar e utilizar” a psicanálise, deixando claro, deste modo, que não se trata de mera aplicação de conhecimento, uma vez que as dimensões interventivas e investigativas seriam indissociáveis.

Articulando Bleger e Winnicott : O Estilo Clínico Ser e Fazer

Conjugam-se, no pensamento blegeriano, uma visão do inconsciente como campo psicológico, que faz da psicanálise uma psicologia, vale dizer, uma ciência em contínua construção. Deste modo, seguir suas indicações coincide com praticar, simultaneamente, o abandono da teorização objetivante e da prática elitista:

Sostengo que la transcendencia social del psicoanálisis reside fundamentalmente en su capacidad de ser un método de investigación de los fenómenos psicológicos[7] que, como tal, aporta conocimientos valiosos sobre las leyes psicológicas que rigen la dinámica, tanto de la salud como de la enfermedad, y nos permite también comprehender y valorar los efectos de determinados sucesos sobre la formación y evolución de la personalidad (Bleger, 1966, p. 172).

Esta visão blegeriana, quando combinada com a diferenciação, claramente estabelecida por Herrmann (1979), entre os planos do método e da técnica, descortina um novo entendimento da psicologia segundo uma abordagem psicanalítica. Voltado à pesquisa do significado inconsciente de produções imaginativas, palavras, atos e obras humanas, o método se colocaria em marcha quando o psicanalista assumisse um estado de desapego de ideias e teorias prévias para acolher a expressão subjetiva do outro, seja o paciente, seja o participante de uma pesquisa, seja um fenômeno social ou uma produção cultural. Entretanto, o que há de mais importante neste método é seu pressuposto, de fortes ressonâncias éticas, segundo o qual toda conduta seria

[7] Os grifos são nossos.

compreensível, mesmo quando se apresenta de modo aparentemente absurdo e desprovido de sentido. Trata-se, portanto, de um método fundamentalmente interpretativo, cujo pressuposto implode a psiquiatria clássica como campo que se configurou discriminando manifestações de lucidez ou de insanidade a partir do “índice de não compreensão do observador” (Bercherie, 1980).

A asserção metodológica de que toda conduta seja compreensível não significa que, na prática, seja possível atingir e esgotar os significados afetivo-emocionais de toda e qualquer manifestação humana. Podemos não compreender todos os atos humanos, por insuficiência de conhecimentos acerca de acontecimentos e experiências vividas, mas isso não os torna inerentemente absurdos pois seguem fazendo parte do acontecer humano. Por outro lado, o fato do método ser interpretativo não significa que toda terapêutica psicanalítica gere benefícios por meio da enunciação de sentenças interpretativas, em estilos explicativo ou provocativo (Aiello-Vaisberg,2003). Ou seja, se no plano propriamente metodológico, que é eminentemente investigativo, toda conduta é compreensível e, portanto, interpretável, no plano da técnica as opções interventivas são muitas. Assim se o enquadre freudiano padrão se pauta na interpretação, nas consultas terapêuticas, forjadas por Winnicott (1971), a posição do profissional, favorecendo uma experiência com o objeto subjetivo, vai por outra linha. Outros exemplos de diferentes procedimentos clínicos, pautados no mesmo método, são a orientação vocacional de Bohoslavsky (1984), na qual as interpretações são profundas mas pertinentes ao foco do atendimento, ou as oficinas psicoterapêuticas Ser e Fazer, nas quais a integração é favorecida pelo *holding*.

Na verdade, é importante destacar que os enquadres clínicos diferenciados, que são hoje conhecidos como Estilo Clínico Ser e Fazer (Aiello-Vaisberg, 2003 e 2004; Ambrosio,2013), e incluem as oficinas psicoterapêuticas, puderam ser concebidos justamente a partir da distinção entre método e procedimentos clínicos. Diferenciando método e técnica, com as recomendações blegerianas em mente, chegamos a configurar uma psicologia clínica social inspiramo-nos no pensamento de D.W.Winnicott (1962; 1964; 1965).

Na clínica Ser e Fazer, o plano interventivo se concretiza fundamentalmente por meio do *holding*, cuja modulação tem como horizonte a apreensão experiencial dos campos de sentido afetivo-emocional que sucessivamente se constelam no encontro. Não há valorização de sentenças interpretativas, uma vez que não acreditamos que um saber

sobre si tenha, por si só, poder de colocar transformações de *self* em marcha (Aiello-Vaisberg,2003). Por outro lado, não se praticam formas de sustentação sem buscar compreensão clara dos sentidos afetivo-emocionais a partir dos quais se conjuram os campos transferenciais. Ou seja, segundo este estilo clínico, a interpretação, enquanto produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, é um guia para compreensão profunda, que se harmoniza com intervenções delicadas, sob a forma de sustentação apropriada às necessidades, aspirações e exigências emocionais em jogo. Aqui segue vigorando uma visão segundo a qual o pilar fundamental da psicanalise residiria na compreensão, que relaciona os fenômenos da conduta com os campos relacionais nos quais emerge (Bleger, 1977).

Sem abrir mão do método psicanalítico, os enquadres diferenciados se constituem seguindo paradigmaticamente o jogo do rabisco (Winnicott, 1964;1965). Neste sentido, articulam-se ao redor de recursos mediadores, tais como as materialidades das oficinas ou o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, usado em pesquisas organizadas ao redor de entrevistas individuais ou coletivas. Tais recursos equivalem a “rabiscos”, na medida em que favorecem a comunicação emocional.

Se nos mantemos fiéis ao método, podemos ser inventivos na clínica, propondo enquadres adaptados às necessidades de indivíduos e coletivos. Podemos, assim, ser psicanalistas fazendo o que é mais apropriado à situação, como recomendava Winnicott (1962). Claro que, nesta perspectiva, ser psicanalista está longe de significar filiação a esta ou aquela sociedade, ou até mesmo de estar capacitado a realizar atendimentos individuais no enquadre padrão. Ser um psicanalista consiste, mais precisamente, em abraçar uma forma de abordar fenômenos humanos que não pode ser vestida e despida, porque corresponderá a aderir a uma certa antropologia, a uma certa psicopatologia e a uma ética de caráter inclusivo. Então, cabe falar, neste contexto em *apropriação* metodológica e nunca em *domínio* metodológico, em capacidade e não em mera competência (Botelho-Borges e Aiello-Vaisberg,2011).

Acredito que Winnicott (1971) usou, certa vez, uma imagem feliz quando comparou o uso do jogo do rabisco à arte do violoncelista, diferenciando o domínio da técnica do fazer música. Proponho, aqui, repensar este exemplo de outro modo, lembrando que talvez o fundamental, para o músico, não seja nunca o domínio técnico mas o estabelecimento de uma relação intima e familiar com o instrumento. Quando se é instrumentista de verdade, quando o fazer música é espontâneo, os exercícios musicais

acontecem porque é grande a vontade de estar interagido com o instrumento e jamais o contrário. Deste modo, o instrumento torna-se um prolongamento do *self*.

Ora, o instrumento do psicanalista é o método, do qual deve poder se apropriar, para que se torne um "ser e fazer", que lhe permitirá inclusive "ser um psicanalista fazendo outras coisas", que já não coincidem unicamente com o atendimento individual do paciente neurótico, usando o enquadre freudiano padrão. Muitas outras atividades poderão ser realizadas pelo psicanalista, sejam elas consultas terapêuticas, pesquisas qualitativas, intervenções psicoprofiláticas, ou aquilo que for mais adequado à situação.

Referencias Bibliográficas

AIELLO-VAISBERG,T.M.J. (2003). Ser e Fazer: Intervenção e Interpretação na Clínica Winnicottiana. *Psicologia-USP,* 14 (1), 95-128.

AIELLO-VAISBERG,T.M.J. (2004). Ser e Fazer: Enquadres Diferenciados na Clínica Winnicottiana. São Paulo: Ideias e Letras.

AIELLO-VAISBERG,T.M.J. E MACHADO,M.C.L. (2008). IN J. Monzani e Monzani. São Carlos, Editora João e Pedro.

AMBROSIO, F.F. (2013). O Estilo Clínico 'Ser e Fazer'na Investigação de Benefícios Clínicos de Psicoterapias Tese de Doutorado. Campinas, PUC-Campinas.

BERCHERIE, P. (1980) Histoire et Structure du Savoir Psychiatrique. Paris, L'Harmattan, 2004.

BLEGER, J. (1958) Psicoanalisis y Dialetica Materialista. Buenos, Nueva Vision,1988.

BLEGER, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidos, 2001.

BLEGER, J. (1966) Psicohigiene y Psicologia Institucional. Buenos Aires,Paidos,2004

BLEGER, J. (1977). Cuestines Metodológicas del Psicoanálisis. In D. Ziziemsky Métodos de Investigacion en Psicologia y Psicopatologia. Buenos Aires, Nueva Vision.

BOHOSLAVSKY, R. (1984). Orientación Vocacional: La Estrategia Clinica.Buenos Aires, Nueva Vision.

BOTELHO-BORGES, Andrea de Arruda and AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. (2011). Desenvolvimento de capacidades e gestualidade espontânea. *Paidéia*, vol.21, n. 49, pp. 257-262.

DAGFAL, A. (2007). La Carrera de Psicologia de la UBA Cumple 50 Anos. Psicobodas de Oro. Pagina/12.

DAGFAL, A. (2009). Entre Paris y Buenos Aires: La Invención del Psicólogo (1942-1966). Buenos Aires, Paidos.

DAGFAL, A. (2011). Psychanalyse et Psychologie: Paris – Londres – Buenos Aires. Paris, Campagne Preimière.

FAIRBAIN, W. R. D. (1952) Psychoanalytic Studies of the Personality, London, Routledge,1994.

FOUCAULT. (1954). Maladie Mentale et Psychologie. Paris, PUF.

HERRMANN, F. (1979) O Método da Psicanálise. São Paulo, EPU.

KLEIN,M. (1934). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. The Writings of Melanie Klein New York: The Hogarth Press,1980.

KLEIN, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. The Writings of Melanie Klein New York: The Hogarth Press,1980.

KLEINMAN, A., VEENA DAS E LOCK,M.(orgs) (1997). Social Suffering. Berkeley. University of California Press.

LAGACHE, D. (1949) L'Unité de la Psychologie. Paris, PUF, 2013.

LAPLANCHE, J. E PONTALIS, J.B. (1967). Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris, PUF.

LEWIN,K. (1936) Principles of Topological Psychology. New York, Munshi Press, 2007.

MARX,K. E ENGELS, F. (1933) Idéologie Allemande. Paris, Oeuvre du Domaine Publique, Kindle, 2014.

MERLEAU-PONTY, M. (1945) Phénoménologie de la Perception. Paris, Gallimard,1976.

PICABEA, M.L. (2009) Bleger: Las Batallas de un Hombre en Construción. Buenos Aires, Capital Intelectual.

POLITZER, G. (1928) Critique des Fondements de la Psychologie. Paris, PUF,1974.

POLITZER, G. (1939) La Fin de la Psychanalyse. Ecrits 2 Les Fondements de la Psychologie. Paris, Editions Sociales,1973.

POLITZER, M. (2013). Les Trois Morts de Politzer. Paris, Flammarion.

RENAULT, E. (2004) L'Expérience de l'injustice. Reconaissance et clinique de l'injustice. Paris, La Découverte, Kindle, 2013.

RENAULT, E. (2008). Souffrances Sociales: Sociologie, Psychologie et Politique. Paris, La Découverte.

SARTRE, J.P. (1943) L'Etre et le Néant. Paris, Gallimard,1976.

SASTRE, C.L. (1974). La Psicologia, Red Ideológica. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

TALAK, A. M. et al. (2004). Novedad y Relevancia en la Historia del Conocimiento Psicológico: Anuario de Investigaciones vol.12, 305-313.

TIEMERSMA, D. (1987). Merleau-Ponty's philosophy as a field theory: Its origin, categories and relevance. Man and World, 20, 419-436.

WINNICOTT, D. W. (1962) Os Objetivos do Tratamento Psicanalítico. In: O ambiente e os processos de maturação. Trad I.C.S.Ortiz Porto Alegre: Artes Médicas, p. 152-155, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1964) O Jogo do Rabisco. In: C.Winnicott, R. Shepherd e M. Davis (org) Explorações Psicanalíticas. Trad.J.O.A.Abreu Porto Alegre: Artes Médicas, p. 230-243, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965) O valor da Consulta Terapêutica. In: n: C.Winnicott, R. Shepherd e M. Davis (org) Explorações Psicanalíticas. Trad.J.O.A.AbreuExplorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, p.244-248, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1971) Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil. Trad. J.M.X. Cunha. Rio, Imago, 1984.

1º SIMPÓSIO

CONSTRUCCIÓN DE LA VIOLENCIA SOCIAL: TÉCNICAS CUALITATIVAS PARA ENTENDER EL MUNDO DE LAS VICTIMAS

DR. JESÚS GARCIA-MARTÍNEZ
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla (España). Contacto: jgm@us.es

Resumen

Se presentarán trabajos relacionados con la evaluación de la construcción del significado de la violencia en víctimas. Se analizarán tres estrategias diferentes: 1) Uso de la técnica de rejilla para valorar el mundo de significado de las víctimas. La rejilla permite usar tanto indicadores estructurales generales (polaridad, intensidad) como cualitativos (contenido de los constructos). Igualmente se detallará el papel de los dilemas y las transiciones emocionales en la elaboración del sentido de la violencia; 2) Uso de las historias de vida y la elaboración de la trama narrativa. Las historias de vida permiten encontrar tanto indicadores estructurales (episodios, puntos de inflexión), como temáticos (contenidos) y discursivos (forma de presentar la historia) que sirven para entender el significado otorgado a la situación de victimización; 3) estudio de micronarrativas, se trata de una estrategia de creación de microrelatos relacionados con la propia experiencia que a través de técnicas de análisis de contenido permiten entender el modo en que víctimas y agresores representan las situaciones violentas. A lo largo del taller se expondrán ejemplos concretos de cada una de estas técnicas.

Palabras clave: Violencia, Víctimas, Técnica de Rejilla, Historias de Vida, Análisis de Contenido, Teoría Fundamentada.

1. Las violencias sociales.

La Organización Mundial de la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002), distingue tres tipos de violencia, la autoinfligida, la interpersonal y la colectiva. En la actualidad, la forma de violencia con más prevalencia es la interpersonal (también conocida como violencia social). Se trata de un conjunto de manifestaciones (violencia de género o contra la pareja, acoso escolar, acoso laboral, violencia contra los mayores, abuso infantil, violencia filoparental, etc.) en las que un individuo (el agresor o victimario) agrede y controla a otro (la víctima) de una forma reiterada. Se trata de violencia invisibilizadas con baja mortalidad, pero que tienen una alta prevalencia. Su problematicidad radica mucho más en la incidencia insidiosa que tienen en la vida de las víctimas y en los efectos que tienen en su salud física o psicológica que en la mortalidad

(Heise y Garcia-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). En términos generales, la distribución por grandes áreas geográficas estás asociada al grado de desarrollo económico (Krug et al. 2002), aunque lo cierto es que sus índices de prevalencia son altos en todas las áreas geopolíticas si se la compara con la cualquier tipo de enfermedad orgánica aguda o crónica. Por ejemplo, la violencia de género tiene unos índices de prevalencia que afectan entre el 3% (Australia, Canadá y Estados Unidos) y el 52% de las mujeres (Palestina) (Krug el al., 2002). En cuanto al acoso escolar los diversos estudios arrojan medias entre el 3 y el 10% de la población en casos de abusos graves (Garaigordobil y Oñederra, 2008). Las mayores tasas se localizan en países del área latinoamericana. Atendiendo a estas cifras, se puede considerar que las violencias sociales son de un grave problema de salud pública (Koss, Koss y Woodruff, 1001; Ortega, 1998).

Las violencias sociales están definidas por el uso de mecanismos *habituales* de agresión con la intención de *controlar al otro* y que suponen el ejercicio de alguna clase de *poder,* lo que implica que hay un *desequilibrio entre las partes* (una es más poderosa que la otra). Es decir, la violencia supone una relación de desigualdad donde el agresor intenta (y a veces logra) controlar a la víctima a través del uso de la agresión. En los casos de violencia se considera que el ejercicio del poder es ilegítimo, el agresor no está sancionado socialmente para ejercer esa clase de control (Garcia-Martínez, 2008).

El análisis de las violencias sociales ha logrado identificar cuatro grandes mecanismos de legitimación de la violencia (Peyrú y Corsi, 2003): la invisibilización o tendencia a considerar el fenómeno inexistente socialmente, la naturalización o aceptación de la irremediabilidad del fenómeno, la insensibilización o provocación progresiva de una falta de reacción ante el fenómeno por acomodación o habituación y el encubrimiento u ocultación voluntaria para preservar el prestigio social.

2. Las metodologías cualitativas como forma de trabajo en la valoración de las víctimas.

Dado que los procesos de victimización afectan fundamentalmente a la perspectiva de la víctima sobre si misma, es necesario estudiar como ésta comprende, elabora y construye su situación. Los mecanismos de victimización pasan por ciclos de violencia que progresivamente van aislando a la víctima de su contexto y haciendo que asuman la perspectiva del maltratador. Se trata, en el fondo, de un proceso similar al de la sectarización, con una iatrogenia basada en la incapacidad de estar fuera del círculo o de la visión del mundo del victimizador (Jarne, Arch y Aliaga, 2009). Además de

sintomatología de gama ansioso-depresiva y en ocasiones postraumática (Maia, 2006), los procesos que más caracterizan a las víctimas son la pérdida de autoestima, la sensación de amenaza y la autoinculpación (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005). A medida que el proceso avanza, la capacidad de autogestión vital disminuye y se transforma en una situación de control total por parte del otro. En ese momento es cuando el proceso de violencia llega a su culmen. En definitiva, se trata de un mecanismo que lleva a la perdida de autoeficacia o de agentividad, a un falta de apoderamiento (Garcia-Martínez, 2008). Con todo, cada víctima vivencia su situación de un modo diferencial y, puesto, que el proceso afecta a su identidad, a su capacidad de entender el mundo y la vida, es necesario un análisis particularizado del modo en que las víctimas entienden a su mundo, al agresor y su propia victimización. Las técnicas de investigación grupal, nomotéticas, normalmente de carácter psicométrico, no pueden captar estos matices de particularidad. Por otro lado, una de las primeras herramientas de apoderamiento es, precisamente, captar las peculiaridades de la persona y de su forma de dar sentido al mundo (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005; Walker, 2001). Por eso, las técnicas cualitativas de investigación deben desempeñar un papel fundamental en la evaluación y el desarrollo del proceso terapéutico de las víctimas.

Las técnicas cualitativas buscan la comprensión del fenómeno que intentan explicar y adoptan una perspectiva holista para ello, considerando como un conjunto interrelacionado la totalidad de variables o de significados implicada. Sus conclusiones se basan fundamentalmente en la inducción aunque sí tienen carácter explicativo. Les interesa reducir la incertidumbre de la explicación teniendo en cuenta la perspectiva de los sujetos acerca de su situación (Taylor y Bodgman, 2000; Pérez, 1994). Adoptan una perspectiva ingenua y relativista, lo que las hacen especialmente adecuadas para el trabajo con herramientas de intervención de carácter constructivista.

Existen multitud de técnicas cualitativas de investigación (Denzin y Lincoln, 2011), aunque las más habituales son el análisis de contenido, la teoría fundamentada y las entrevistas en profundidad. Todas ellas son técnicas de búsqueda de significados, de análisis temático.

El análisis de contenido opera sobre textos de cualquier naturaleza (escritos, grabados) procedentes de cualquier procedimiento de obtención. Después se procede a una lectura sistemática, válida y validante que combina la observación y producción de datos con la interpretación y análisis de los mismos (Andreu, sin fecha). Los niveles de análisis pueden ser muy variopintos, pero la mayor parte de la investigación se orienta a

la búsqueda de implicaciones semánticas. En general requiere de un procedimiento teórico que defina las categorías previamente, de un listado de ejemplos y de criterios de inclusión y exclusión dentro de las mismas y de un listado de ejemplos. Es la técnica más matematizable ya que permite hacer uso de análisis de frecuencia y de intensidad de las distintas categorías (Gottschalck, 1995). Como técnica cualitativa, es la más básica, puesto que tanto la teoría fundamentada como la entrevista en profundidad, aunque utilizan procedimientos de obtención más exhaustivos, terminan con alguna forma de análisis de contenido. El análisis de contenido sirve fundamentalmente para categorizar, es decir, para obtener un análisis temático y teórico de la perspectiva de un conjunto de sujetos sobre un fenómeno. De todas las técnicas cualitativas es la que está más próxima a un modelo objetivista de investigación.

La entrevista en profundidad (Pérez, 1994) es una técnica mediante la cual el entrevistador sugiere al entrevistado unos temas sobre los que es estimulado para que exprese su perspectiva de una forma libre, conversacional y poco formal, sin tener en cuenta la corrección del material. Se busca obtener información en niveles psicológicos lo suficientemente profundos, lo que permite hacer explícita información que habitualmente queda en el nivel implícito. La entrevista va prosperando dejándose llevar por la información que aparece, pero dirigida por el objeto de investigación definido por el investigador. Este no sugiere nada al entrevistado, pero puede puntualizar para que se de información adicional sobre temas ya enunciados o para que se preste atención a lagunas o fenómenos no mencionados. En definitiva, la tarea del investigador es la de evocar información, sometiendo a un suave escrutinio al informante. A su conclusión debe ser sometida a algún tipo de análisis de contenido.

Las Historias de vida son una clase específica de objetivo para una entrevista en profundidad. Buscan obtener un formato completo de los hechos que secuencias la vida de las personas con el fin de obtener un perfil de las mismas a lo largo del tiempo (Pérez, 1994). Para desarrollar la historia es posible usar materiales complementarias que sirvan para dar una mejor definición a la historias, del tipo de informes, fotos, grabaciones u otra clase de estímulos del recuerdo. Las historias de vida se centran en captar la perspectiva subjetiva del informante que es considerado como un actor social en el seno de una cultura específica. Se buscan sus interacciones con otros personajes significativos en su vida, se estudian sus cursos de acción en su mundo relacional y se elabora su perspectiva cognitivo-afectiva.

Uno de los protocolos más usados en psicología para construir historias de vida es el de McAdams (1993, 1995) que se basa en la metáfora de la novela o narración. Pide al informante que genere una serie de capítulos o divisiones de su vida y que describa los significados y temas fundamentales que han definido cada uno de ellos. Además se interesa por momentos estructurales que han redefinido la dirección vital del sujeto a los que llama puntos de inflexión (cambios de rumbo), entre esos episodios estructurales están el punto suelo y techo de la experiencia vital. McAdams da una importancia fundamental tanto al análisis motivacional (que hace en términos de análisis de contenido usando las categorías de filiación y capacidad) y a la aportación que otras historias de carácter relacional o cultural hacen a la historia personal del informante.

La Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967) es un método científico de investigación de datos cualitativos. Contempla tres fases (Henwood y Pidgeon, 2003): a) trabajo inicial de abrir la codificación, es decir, realizar una codificación abierta (comenzando por la trascripción de los datos, su primera interpretación a través de categorías y memos –anotaciones durante la codificación-, etc.); b) uso de la comparación constante de las categorías iniciales para escudriñar, clasificar y desarrollar temas conceptuales y descriptivos más altamente ordenados; c) integración teórica. La obtención de datos se hace mediante entrevistas en profundidad sobre sujetos cuya perspectiva se considera relevante para el fenómeno a estudiar (muestreo teórico). El proceso de comparación continua de la información proporcionada por los sujetos iniciales (ronda) permite encontrar similitudes, diferencias y relaciones entre las categorías temáticas. De esas primeras entrevistas surgen hipótesis o ideas a contrastar (memos) que dirigen el muestreo teórico para la siguiente ronda. El proceso concluye cuando no se pueden incorporar datos nuevos procedentes del análisis de los datos y de las relaciones entre categorías. La gran ventaja de este procedimiento es que permite encontrar explicaciones teóricas a datos novedosos y de difícil interpretación su gran dificultad es que requiere un procedimiento demasiado exhaustivo y que, en ocasiones, no es aplicable a todo tipo de datos (micronarrativas, textos en depósito, etc.) lo que supone que mucha veces debe ser adaptado para la clase de datos o informantes disponibles. Su uso fundamental es generar teoría social, marcos explicativos de fenómenos que describan la perspectiva y la conducta de los participantes, en lugar de la perspectiva del experto.

La técnica de rejilla (Kelly, 1955; Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell y Bannister, 2003) se sitúa a mitad de camino entre las técnicas cualitativas y las cuantitativas. Se trata de una entrevista muy peculiar que se genera mediante la comparación de

fenómenos relevantes de la vida del informante (personas con las que se relaciona, síntomas, posiciones del yo, como el yo actual y el yo ideal), a los que se designa como elementos, y que se comparan entre sí para captar significados relevantes de su modo de entender el mundo (constructos). Los constructos son bipolares, de manera que definen una dimensión de la realidad que el sujeto concibe como contrapuesta. Una vez obtenidos los constructos se puntúan para todos los elementos según una escala Likert y esa matiza de datos se analiza tanto cualitativa (análisis de contenido de la naturaleza de los constructos) como cuantitativamente mediante procedimientos multivariados como el análisis de correspondencias, Feixas y Cornejo, 1996). El análisis estadístico permite usar una serie de variables estructurales (complejidad o diversidad del sistema, polaridad o extremosidad de las respuestas, potencia o sutilidad relacional de los constructos) que pueden ser comparados a través de informantes. En la actualidad se está incorporando al análisis de rejilla la variable dilema (Feixas y Saúl, 2004), entendida como una contradicción interna del sistema en términos de dos constructos que son incompatibles entre sí, uno de ellos es egosíntónico (tanto la visión actual del sujeto como la visión ideal puntúan de manera similar para ese constructo), pero simultáneamente hay otro constructo que egodistónico (el sujeto sitúa el yo real en un polo y el ideal en el contrario), pero ambas constructos están fuertemente correlacionados de modo positivo, lo que implica que un cambio hacia la dirección deseada en el constructo egodistónico iría acompañado de un cambio en la dirección indeseada en el constructo egosintónico, de ahí el dilema que suele bloquear la vida del individuo. La rejilla se suele utilizar como procedimiento para plantear hipótesis clínicas personalizadas que guían los procedimientos de intervención.

3. El uso de las técnicas cualitativas en la construcción de significado de las víctimas: algunos ejemplos.

Orellana-Ramírez (2008) y Orellana-Ramírez y Garcia-Martínez (2010) llevaron a cabo una adaptación de la teoría fundamentada consistente en usar el procedimiento de análisis comparativo constante pero aplicándolo no a los resultados de una entrevista en profundidad, sino a una serie de micronarrativas relacionadas con la actuación que, según ellos, solían tener los agresores, las víctimas o los observadores pro y antisociales en casos de acoso escolar. Los estudiantes procedían de una serie de institutos de acción social preferente. Dichas micronarrativas podían referirse tanto a la conducta de otros como a la suya propia. El muestreo teórico se realizo considerando los niveles (altos,

bajos o intermedios de conducta antisocial según la prueba AD de Seisdedos), eligiendo de una muestra de 189 escolares a laos 89 que presentaban valores más típicos de cada uno de los cruces de nivel de antisocialidad con rol ante el acoso y diferenciando a varones de mujeres. Esto produjo un total de 24 tipologías de micronarrativas a informar (2 –género- X 3 –niveles de antisocialidad x 4 –tipo de rol-). Una vez que se produjo la saturación de los datos –es decir, cuando no surgían categorías nuevas del análisis- se encontraron el siguiente árbol de categorías: 1) cuando los sujetos hablaban de víctimas se centraban en estrategias de afrontamiento, 2) si hablaban de agresores se centraban en la legitimidad o ilegitimidad de la agresión y si hablaban como observadores analizaban su actuación personal ante la agresión. Los varones presentaban un perfil de antisocialidad mayor que el de las mujeres y los sujetos agresores tendían siempre a justificar su agresión como legitima. Este tipo de estudios permite entender la clase de respuestas psicológicas que dan los estudiantes que observan o viven procesos de violencia de género y entender que toda intervención posterior debe tomar como punto de partida la perspectiva de cada conjunto de participantes para ser efectiva.

Las historias de vida se usaron como elemento para diferenciar el tipo de intervención terapéutica más adecuada para diferentes subtipos de mujeres víctimas de violencia de género (Garcia-Martínez, 2006). A una muestra de 24 mujeres procedentes de un entorno rural se le administró al principio del tratamiento la escala de síntomas de Derogatis (2002) y se generó una historia de vida siguiendo el procedimiento de McAdams (1995). Se controló también el grado de sintomatología postraumática atendiendo a la frecuencia informada de reexperimentación de la situación de maltrato. A partir de ello se definieron tres tipologías de mujeres: a) aquellas con alto nivel de resiliencia (con síntomas subclínicos), las que manifestaban sintomatología clínica ansioso-depresiva y las que mostraban signos de estrés postraumático. Analizando las historias de vida de cada uno de estos tres subtipos se encontró que el grupo subclínico mostraba en sus historias de vida contenidos relacionados con la autoestima y el compromiso con sus metas y con los demás, el grupo ansioso-depresivo no mostraba marcadores de autoestimas y sus metas aunque estaban definidas tenían menos claridad en los procedimientos de llevarlas a cabo; por último, el grupo postraumático, mostraba una mayor indefinición de metas personales u un alto sentido de inadecuación personal.

Desde el punto de vista estructural, el grupo subclínico ubicaba el punto techo de sus historias de vida antes del contacto con el agresor o en el momento posterior a la separación y el suelo durante la convivencia con éste. El grupo clínico indicaba que el

punto techo se encontraba al inicio de la convivencia con el agresor y el suelo durante las etapas posteriores de la convivencia o durante la ruptura. El grupo postraumático mostraba los puntos techos durante las etapas de convivencia y el suelo en los momentos posteriores a la ruptura. Este estudio indica que la historia de vida puede ser útil para derivar a las mujeres a distintos formatos de terapia, ya que las necesidades de cada modelo de historias son diferentes.

Los estudios con técnica de rejilla han sido usados tanto para entender el modelo relacional de las parejas involucradas en violencia de género, como la relación entre la psicopatología y los indicadores constructivo, entre otros propósitos. En este sentido Antequera et al. (2011) usaron rejillas para entrevistar tanto a víctimas como a sus agresores en un contexto de evaluación forense (n=13 parejas). Dicotomizando en términos de alto-bajo las valoraciones de los principales indicadores estructurales de la rejilla, polaridad, intensidad, complejidad medida en términos de constructos fundamentalmente independientes, complejidad en términos de varianza explicada por el primer eje, así como en la presencia de dilemas (véase Feixas y Cornejo, 1996, para una interpretación de estos indicadores), los resultados indicaban que cada pareja construía el mundo en términos fundamentalmente similares, entre el 69 y el 90 de las parejas pertenecían a la misma tipología (alta o baja), lo que indicaba que su construcción estructural del mundo era similar. No obstante, los contenidos de los constructos diferencian, ya que las mujeres interpretaban la situación de conflicto en término de empatía y responsabilidad, mientras que los varones utilizaban constructos relacionados con la productividad, la agresividad y la capacidad resolutiva, mostrando ambos grupos marcadores de género.

Desde el punto de vista de la relación entre sintomatología y estructura de la construcción, en un estudio con 24 mujeres atendidas por violencia de género (Garcia-Martínez, Orellana-Ramírez y Guerrero-Gómez, 2012), las que presentaban mayor sintomatología global según la escala de Derogatis, eran más simples cognitivamente (menor valor en la variable constructos funcionalmente independientes, U= 20,000 Z= -2,666 P=.008). Asimismo, las mujeres que presentaban dilemas, obtenían mayores valores en síntomas de referencia interpersonal (U= 25,000 Z= -2,340 P=0,19) y eran también mas simples cognitivamente (U=387,000 Z= -1,999 P=0,46). Estos resultados indican que la presencia de dilemas incrementa la problematicidad en casos de maltrato.

Referencias.

Andreu. J (sin fecha). *Técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Artículo disponible en http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf. Centro de Estudios Andaluces. Descarga 30-X-2012.

Antequera, R.; Garcia-Martínez, J.; Tóvar, C. et al. (2011). Cognitive Complexity and personal identity in women that report gender violence. Paper presented at *19th International Congress on Personal Constructs Psycholog*y. Boston, USA, 19-22 July.

Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2011). *The sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Ca: Sage.

Derogatis, L. R. (2002). *Cuestionario de 90 Síntoma*s (Symptoms Check List 90, versión española de González de Rivera). Madrid: TEA.

Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology, 7*(1), 69-78.

Fransella, F: Bell, R y Bannister, D. (2003). *A manual for repertory grid technique*. Nueva York: Wiley & sons.

Garaigordobil, M y Oñederra, J. A. (2008). Estudios epidemiológicos sobre la incidencia del acoso escolar e implicaciones educativas, *Informació Psicològica, 94*, 14-35, 2008.

Garcia-Martínez, J. (2006). Violencia contra la mujer y estrés postraumático. En P. J. Costa et al. (Eds.). *Stresse Pós-Trraumático: Modelos, Abordagens & Práticas*, 81-90. Leiria: Diferença.

Garcia-Martínez, J. (2008). La conciencia del otro: agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología, 26*, 361-378.

Garcia-Martínez, J.; Orellana-Ramírez, M. C. y Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas. Un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica, 9,* (1), 27-60.

Glasser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Nueva York: Aldine.

Gottschalk, L. A. (1995). *Content analysis of verbal behavior*. Londres: Taylor & Francis.

Henwood, K. y Pidgeon, N. (2003). Grounded Theory in Psychological Research. En Camic, P. M.; Rhodes, J. E. & Yardley, L. *Qualitative Research in Psychology. Expanding Perspectives in Methodology.*, 131-155.Washington: APA.

Hese, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health*, pp. 97-131. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud.

Jarne, A; Arch, M y Aliaga, A. (2009). Sectas y psicopatología. *Revista de Psicoterapia, 78/79*, 61-71.

Kelly, G. A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton/ Routledge.

Koss, M. P; Koss, P. G. y Woodruff, J. (1991) Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization, *Archives of Internal Medicine, 151*, 342-347.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R (eds) (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Maia, A. C. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. En P.J. Costa, C.M.L. Pires, J. Veloso y C.T.L. Pires (Eds.), *Stresse Póstraumático: Modelos, Abordagens e Práticas* (págs. 21-33). Leiria, Portugal: Diferença.

Matud, M.P., Padilla, V. y Gutiérrez, M.N. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja.Guía de tratamiento psicológico*.Madrid: Minerva.

McAdams, D. P. (1995). *The life history interview*. Chicago, Ill: Northwestern University. Documento no publicado disponible en http://www.sesp.northwestern.edu/docs/Interviewrevised95.pdf

McAdms, D. P. (1993). *Stories we live by. Personal myths and the making of the self*. Nueva York: Guildford.

Orellana-Ramírez, M. C. (2008). *Yo sólo me defiendo, no soy culpable. Un esbozo de teoría fundamentada sobre el significado del acoso escolar para sus protagonistas*. Trabajo para la obtención del DEA. Programa de doctorado en Psicología Clínica y de la Salud. Sevilla: Universidad de Sevilla (trabajo no publicado).

Orellana-Ramírez, M. C. y Garcia-Martínez, J. (2010). Teoría fundamentada sobre los significados de los roles del acoso escolar para sus protagonistas. En J. J. Gázquez y M. C. Pérez (Eds.). *Investigación en convivencia escolar. Variables relacionadas,* 183-190. Granada: GEU.

Ortega, R. (1988). Agresividad, indisciplina y violencia entre iguales. En Rosario Ortega et al., *La Convivencia Escolar: Qué es y cómo abordarla*. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras, pp. 25-3. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía.

Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.

Peyrú, G. M y Corsi, J. (2003). Las violencias sociales, en J. Corsi y . M. Peyrú (Coords.). *Violencias sociales*, 15-80. Barcelona: Ariel.

Roberts, G. L.; Lawrence, J. M.; Williams, G. M. y Rapahel, B. (1998). The impact of domestic violence on women’s mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*, 796-801.

Seisdedos, N. (1988). *Cuestionario AD*. Madrid: Tea.

Taylor, S. R y Bogdan, R (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Walker, L. (2001). *Abused women and survivor therapy.* Washington, DC. American Psychological Association.

TIEMPO, NARRACIÓN Y POSICIONES IDENTITARIAS EN LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON VIH

MANUEL MÉNDEZ.

Psicólogo y Maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X) Doctorante en Ciencias en la especialidad de Investigaciones Educativas del Departamento de Investigaciones Educativas del Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del IPN, México. Correo electrónico: manuelmendez.psic@hotmail.com

¿Cómo se configura la experiencia del tiempo cuando alguien es diagnosticado con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)? Esta interrogante da eje a la exposición conceptual que presento en este trabajo, el cual se interesa particularmente por la intersección entre las dinámicas de lo vivible y los modos en que se posibilitan narrativas acerca de lo que significa ser *portador* del VIH, una infección denominada *crónica* pero que, no obstante, cuando ésta es diagnosticada suele figurársele como una enfermedad mortal. La presente discusión procura esbozar un marco teórico dirigido a comprender al VIH desde un enfoque sociocultural y para ello se retoma brevemente el caso de un joven de la Ciudad de México que vive con el virus[8].

Sin embargo, más que priorizar las particularidades de ese ejemplo, lo que aquí propongo es asumir desde una mirada teórica algunos de los elementos simbólicos y vinculantes que se operativizan en los modos colectivos de habitar la enunciación de la enfermedad. Mi propósito no es generalizar una explicación cultural del VIH con base en un fragmento de la historia de este joven, en cambio, recurro a la particularidad de su relato con la intención de repensar patrones conceptuales que permitan abordar de una manera distinta los análisis y las intervenciones en materia de prevención y tratamiento del VIH. En suma, en este trabajo pongo de relieve la relación conceptual entre

[8] El caso de este joven se desprende de un trabajo etnográfico llevado a cabo con un grupo de varones gays de la ciudad de México que viven con VIH, y cuyo objetivo consistió en interpretar el sentido en que éstos narran la experiencia de reconocerse como una persona diagnosticada con el virus. El estudio etnográfico se llevó a cabo entre el año de 2012 a 2014 y las técnicas de investigación consistieron en observaciones directas en distintos espacios de socialización, tales como bares, cafeterías y hospitales en donde algunos de los chicos se atienden; de igual forma se llevaron a cabo pláticas informales y diversas entrevistas en profundidad.

narratividad y experiencia para posteriormente centrarme en el evento de la notificación de la *enfermedad* con la intención de considerar si esa afluencia de procesos permite delinear la posibilidad de una posición identitaria.

Configuración de la experiencia narrativa

La temporalidad del VIH parece indicar cortes de vida muy precisos: es cuando se recibe el diagnóstico, es cuando se comienzan a ingerir medicamentos, es cuando se haya uno ante el dilema y frente a la necesidad de confesar que hay un virus que ronda la estabilidad de la interacción que se forja con los otros. Es cuando hay que acudir a las citas médicas; cuando hay que recoger los resultados de los análisis, cuando hay que recordar en numerosos momentos, en ciertos espacios, a través de ciertas regiones del cuerpo, que ahí se ha afianzado un virus que condicionará los modos en que se constituya la imagen y la definición identitaria que se hace de uno mismo. Esos momentos, esas travesías, esas dolencias se establecen como narrativas en la medida en que se procura reorientar el orden de la experiencia, la que estará enunciada por una forma de comprenderla y, acaso, compartir la narrativa de la enfermedad con alguien más.

Para dar inicio, resulta necesario cuestionar si toda experiencia puede ser narrada, y si es el caso, de qué depende la apertura y la posibilidad de esa narración, y cuáles son los límites y los alcances de la misma. Consideremos que hay ciertos acontecimientos que no consiguen ser narrados, pueda ser porque prioritariamente escapan a la lógica de la conciencia. Esta es una de las cuestiones que el psicoanálisis freudiano parece haber mostrado: el que un evento no se narre no lo excluye del orden de la existencia. La evocación del recuerdo está y aparece no necesariamente en forma de una narración discursiva, sino en forma de acto, y en consecuencia, de una compulsión a la repetición. Es decir: ese *algo* no se dice, se reproduce y se actúa; y lo que no se narra en la palabra también se pone en imágenes, entendiendo que la imagen es un símbolo que representa ese *algo* del orden de lo cultural.

Para ser muy precisos, lo que destaco del planteamiento freudiano es que permite pensar la cuestión de la narrativa como una praxis que trasciende la literalidad del

concepto y la enunciación; por supuesto, ésta no es precisamente la discusión que Freud propuso, pero pensar al acontecimiento como un escenario que puede ser representado para el sujeto de distintos modos abre la posibilidad para pensar la narrativa no sólo al nivel de la literalidad del discurso. A decir de Rosi Braidotti (2000) en realidad éste asunto no sólo concerniría a Freud sino que sería una característica de la filosofía occidental: el sostener que la significación no coincide con la conciencia y que la mayor parte de nuestras acciones tienen un fundamento no consciente; o sea, que "existe un desequilibrio fundamental entre las bases libidinales o afectivas y las formas simbólicas de que disponemos para expresarlas (p. 44). Por ello el acento analítico de Braidotti está al nivel del deseo –los procesos inconscientes- en la interdicción entre la identidad, la subjetividad y la diferencia sexual. Más adelante me ocuparé de la relación que Braidotti establece entre el orden del deseo, la intencionalidad y la figura del *sujeto nómade* como resistencia política para pensarlo en función de un contexto específico en el que alguien es diagnosticado con VIH, pero por ahora me interesa preguntarme cómo se relaciona la evocación del recuerdo inconsciente con las historias de los sujetos que viven con VIH.

Una labor psicoanalítica haría énfasis en la elaboración de la resistencia, aunque en realidad no es precisamente esa la articulación conceptual y metodológica que me interesa. No me he propuesto analizar cómo juega el inconsciente en la determinación de las acciones, sino cómo las narraciones se vinculan con una interpretación de sentido acerca de la configuración de la *enfermedad*, atendiendo que esta comprensión de la vida social debe considerar siempre que las formas de entender y vivir la realidad se hallan forjadas en un contexto histórico que preexiste a la condición del sujeto.

Retomo uno de los planteamientos centrales de Paul Ricoeur (1987) para abordar la narrativa no sólo como la descripción de un relato, sino para establecer que ésta constituye una acción que requiere la comprensión previa de elementos simbólicos para así poder *re-configurar* la experiencia temporal difusa. Es decir, la experiencia no se traslada al lenguaje de manera equivalente, digamos, como si la narración calcara textualmente el plano de la experiencia, o bien, como si la narración sólo fuera un vehículo que transporta la literalidad del hecho real. Lo que entiendo a partir del concepto de *re-configuración* de Ricoeur es que el prefijo "re" le abre de lleno las puertas al terreno de la repetición, más aún a una posibilidad de reinvención; pero es un *volver a hacer* distinto que, si bien se encuentra enclavado en un orden vivencial que no necesariamente

ha sido puesto en palabras desde un principio, en realidad nunca se repite exactamente de la misma forma.

Reconfigurar es re-establecer un conjunto de disposiciones simbólicas por medio de las cuales se desborda la imagen que supone un punto inicial que sería estable, inmóvil. Así encuentra sentido el planteamiento de Ricoeur acerca de la narración como una *innovación semántica* que se relaciona con una *imaginación creadora*, y más particularmente con un *esquematismo* que es su *matriz significante*. Según la discusión del autor, esquematizar implica una operación sintética puesto que se integran en una historia total los acontecimientos múltiples y dispersos. En palabras del mismo Ricoeur, la narración es *síntesis de lo heterogéneo* a partir de que la esquematización permite hacer la significación inteligible.

Desde este enfoque, ¿cuál sería entonces la relación entre narrativa y experiencia? Primero, habría que destacar un elemento más que establece una relación cardinal. Para Ricoeur existe una relación dialéctica entre narratividad y temporalidad; de esta forma "el tiempo se hace tiempo humano en la medida en que se articula en un modo narrativo, y la narración alcanza su plena significación cuando se convierte en una condición de la existencia temporal" (p. 117). Particularmente el nexo que permite esta vinculación se da a través de lo que Ricouer llama las "mediaciones simbólicas de la acción", que son portadoras de caracteres temporales y de donde procede la propia capacidad de la acción de contar, y quizá -dice el autor-, la necesidad de hacerlo; ello debido a que la acción puede contarse porque está articulada en signos, reglas, normas: "desde siempre está mediatizada simbólicamente" (p. 124). Entendiendo en este punto a lo simbólico en el sentido en que lo propone Clifford Geertz, (2003) o sea, no como una operación psicológica destinada a guiar la acción, sino como "una significación incorporada a la acción y descifrable gracias a ella por los demás actores del juego social" (Ricouer, 1987, p. 125).

Además, el simbolismo introduciría la idea de regla no solo en el sentido de reglas de descripción y de interpretación para acciones singulares, sino en el de normas y códigos de regulación social que son inmanentes a una cultura y por medio de lo cual las acciones pueden valorarse, es decir, juzgarse según una "escala preferentemente moral". En resumen, lo que destaco del planteamiento de Ricouer es que no existe experiencia que no esté ya mediatizada por sistemas simbólicos, a su vez, porque dichos sistemas están sostenidos por narraciones de las cuales es posible dar cuenta mediante la

reconfiguración histórica de la acción del sujeto. Situándolo otras palabras, la regulación social da cuenta del sentido práctico que orienta la configuración de la trama narrativa.

Si nos adscribimos a este abordaje teórico entonces podemos establecer que la narrativa, en tanto acción, está re-simbolizada en la medida en que su posibilidad y su condición la da un esquematismo “unas veces convertido en tradición, y otras subvertido por la historicidad de los paradigmas” (p. 160). Quiero sostener, en consecuencia, que la simbolización del VIH implica que los modos en que se concibe la representación del virus están determinados por un conjunto de conocimientos forjados en la historia de la misma *enfermedad*. A su vez, el conocimiento, o sea, la forma que tiene el saber de ponerse en práctica en una sociedad, nos remite a la concepción foucaltiana del saber cómo “el espacio de las cosas a conocer, la suma de los conocimientos efectivos, los instrumentos materiales o teóricos que lo perpetúan’ (Foucault, 1989, p. 27).

Las operaciones de configuración de la trama narrativa están arraigadas en una pre-comprensión de la vida social que se encuentra normada por un sistema de saberes y valores que jerarquizan los juicios elaborados sobre las prácticas cotidianas de los sujetos. Para poder narrar algo se requiere de una comprensión previa acerca de acciones, imágenes y códigos del lenguaje, que en conjunto permiten orientar la intencionalidad de la narración, independientemente de que el relato constituido pueda ser congruente para otros, incluso que pueda ser reconocido o celebrado desde la representación de la diferencia. Esto significa que la narración tampoco es un elemento que pertenece de inicio a la voluntad del sujeto, no es así un elemento volátil de orden plenamente individual, sino que se enraíza en comprensiones previas del mundo y se reactualiza constantemente a partir de un conjunto de conocimientos que se establecen en la dinámica y en las temporalidades del orden social.

Desde mi consideración propongo analizar esas “mediaciones simbólicas de la acción” a partir de la narrativas que los sujetos elaboran sobre la experiencia subjetiva de padecer la enfermedad, sólo que añadiendo una precisión fundamental: Si bien coincido en que la articulación de la acción esta mediada simbólicamente, considero además que esos elementos simbólicos no sólo tienen un carácter mediador, sino constituyente y reconstituyente; dicho esto, ¿qué es lo que narran los sujetos con VIH, y en qué sitio preciso propongo centrar el foco de atención? Precisamente en las narrativas que los sujetos hacen acerca de sus historias incorporadas con relación a la experiencia de saberse viviendo con VIH, o sea, en la heterogeneidad de las disposiciones individuales –

que a la par se encuentran mediadas por elementos simbólicos colectivos- que orientan sus prácticas habituales, y que son, a fin de cuentas, las que condicionan las formas de interpretar la realidad. En el fondo sabremos que el decir también es una práctica que re-produce las estructuras simbólicas de la interacción social. El decir es un hacer histórico sobre la propia vida.

Para ello concibo una noción de historia en la que “los elementos del estado final no se manifiestan como una tendencia progresiva aun sin configurar, sino que se encuentran incrustados en el presente en forma de obras y pensamientos absolutamente amenazados, precarios y hasta burlados” (Benjamin, 1993, p. 117). Así, en la misma línea argumentativa: “Articular históricamente el pasado no significa conocerlo ‘tal como verdaderamente fue’. Significa apoderarse de un recuerdo tal como éste relumbra en un instante de peligro”. (Benjamin, 2008) ¿Qué significa repensar esta cita textual en la particularidad del VIH? Evidentemente no pretendo traslapar literalmente la referencia al peligro que Walter Benjamin supone; más aún, significa proponer, desde la consideración de los abismos históricos y conceptuales, que el peligro implica un momento de choque -diríamos más propiamente- de crisis que se le impone al sujeto de acuerdo con la estructuración que hace de los contenidos de ciertos códigos culturales.

Ese proceso de estructuración –le llamaríamos, de simbolización- no puede abordarse si no es atendiendo a los procesos mediante los cuales el VIH se afianza en las representaciones, en las creencias y en las imágenes que desde la vida colectiva se elaboran materialmente sobre el cuerpo. Por lo tanto, dice Benjamin, el instante de peligro es un instante que amenaza la “permanencia de la tradición”. Poniéndolo en mis palabras: el instante de peligro es un instante de enfrentamiento que desestructura -y agregaría-, de alguna forma también refuerza a las “mediaciones simbólicas de la acción”, o sea, es un corte en la historia que desestabiliza y, al mismo tiempo, reanima un conjunto de códigos culturales que rigen nuestros cuerpos y nuestras posibilidades de presencia. De lo cual se deriva el hecho de que, en lo que concierne a la complejidad del terreno social que es propio del VIH y del sida, el “instante de peligro” sería el diagnóstico de la seropositividad al VIH, y el estigma, en tanto una “producción cultural de la diferencia” (Parker & Aggleton, 2003) se constituirá como la mediación simbólica por antonomasia.

La experiencia en el modo de actuar al sujeto

Para seguir ahondando en esta exposición conceptual, propongo distanciarnos radicalmente de la concepción de experiencia como un acumulado de sentido o como la influencia de condiciones ambientales –o sea, un conjunto de estimulaciones sensoriales- que en el curso del desarrollo cognitivo va estableciendo una variabilidad de la conducta del individuo, tal como lo supondría un enfoque psicológico de corte evolucionista. De igual manera, podemos hacer nuestra la crítica que Joan Scott (2001) le dirige a ciertas formas de comprender la experiencia desde algunos intentos de "dar historicidad" en los que la experiencia se representa como "evidencia incontrovertible" o "punto originario de la explicación"; misma precaución que desarrolla Donna Haraway (1995) cuando habla de la "experiencia de la mujer" y el movimiento feminista. Según Haraway, no se puede permitir que "la experiencia aparezca como eternamente plural e inatacable, como si fuese algo evidente y asequible cuando miramos dentro de nosotras y sólo existiese el yo el de un grupo" (p. 184); de esta forma, "lo que pasa por ser experiencia no es nunca anterior a las ocasiones sociales particulares, a los discursos y a otras prácticas a través de las cuales la experiencia se articula en sí misma y se convierte en algo capaz de ser articulado con otros acontecimientos, permitiendo la construcción de la experiencia colectiva" (p. 190).

El problema de establecer a la experiencia como un "tener" que da fundamento al sujeto, es precisamente que mantiene a la persona como el basamento de la evidencia, y por lo mismo se cierra una posibilidad crítica para analizar los procesos históricos que, a través del discurso, posicionan al sujeto y producen sus experiencias. Para Scott (2001), la experiencia es la historia del sujeto en la medida en que "no son los individuos los que tienen la experiencia, sino los sujetos que son constituidos por medio de la experiencia" (p. 49). Pensar así a la experiencia nos remite a pensar en la constitución histórica del sujeto, es decir, nos permite producir un conocimiento acerca de esa producción, de ahí que podamos comprender a la experiencia como un proceso por el cual, a decir de Teresa de Lauretis (1989) uno es ubicado en la realidad social.

Con ello doy respuesta a una de mis preguntas iniciales: En efecto, toda experiencia puede ser narrada siempre y cuando no se piense en la narración como una traducción exacta de lo acontecido. Una experiencia puede narrarse en la medida en que eso que se expresa puede desplegarse no necesariamente con palabras que nos sean comunes a todos, incluso, la narrativa se ejerce en un silencio incómodo o por medio de la

duda acaecida al momento de intentar reformular una respuesta, lo que indica ya un modo narrativo de recrear la experiencia, de hecho, de producirla. Con ello, la narración abre la dimensión de la reactualización, y en esa reelaboración distante y cercana de tiempos y formas, la narración se produce como experiencia y la experiencia se viabiliza como una oferta narrativa para otros.

Narrativas Identitarias

OR[9] es un joven de la Ciudad de México que se define a sí mismo como dramático; otros dicen que es más bien divertido. Hace dos años que fue –está- diagnosticado; en aquel entonces acababa de dejar a su pareja, un “gringo” con el que había estado viviendo durante dos años. Un día, camino al trabajo, lo asaltaron. Un chico pasó, lo empujó, y cuando caía hacia atrás otro chico lo detuvo y entre los dos lo empezaron a atacar. OR les dijo -contrario a la forma en que pensaba que hubiera reaccionado-, que se llevaran lo que quisieran, que no le hicieran nada; pero escuchó que el chico que estaba detrás de él le dijo a su compañero: “¡Pícalo, ya pícalo!”. Después, cuando OR fue a presentar la denuncia al ministerio público le dijeron que ahora los asaltantes “picaban”, o sea, acuchillaban a sus víctimas en las piernas para que no pudieran ir detrás de ellos después de robarlos. A decir de OR, el estrés causado por este evento le provocó que se le inflamara mucho un ganglio, lo que lo condujo a realizarse unos estudios clínicos.

Ahí descubrió que era “reactivo”, o sea, positivo al VIH, pero que “ya estaba muy mal, con 300,000 copias de carga viral y 120 CD4´s”. De inmediato, un chico que estaba frente a OR en la sesión grupal de autoapoyo para personas con VIH en la que nos encontrábamos, le dijo: “¡Uy, eso no es nada!”. OR le pidió de favor que contara su historia. Este chico, MK, nos contó que lo acababan de diagnosticar en noviembre del año pasado -2013-, y en cuanto comenzó a relatar le dirigió de nuevo un comentario a OR: “Sí cuento, pero mi historia no es tan graciosa como la tuya”. A lo que también O.R. respondió inmediatamente: “Bueno, ahora es divertida, ahora me causa risa y lo puedo decir así, pero no siempre fue así… en ese momento fue muy diferente. Si no me río no

[9] Por una cuestión de respeto a la confidencialidad del informante, se le cita con un par de siglas que no mantienen ninguna relación con su nombre real. Para motivos de esta exposición, se ha recurrido al uso de comillas dobles para citar textualmente lo dicho por BA; y además se utilizan las letras en cursiva cuando se considera necesario hacer énfasis en alguna palabra en particular.

sé qué pasaría”. Dice OR que esto es “algo muy mexicano”: O se tiraba al drama o lo aprendía a vivir de otro modo. Para OR la risa, “el burlarse de tu condición, de ti mismo y de tu convivencia con el virus”, es una forma para enfrentar y sobrellevar lo que sucede, pero “hasta cierto punto porque tampoco es como para decir lo que un chavo decía”, rememorando lo que en cierta ocasión, alguien, en el curso de una sesión grupal, sostuvo que había que hacerse *amigo* del VIH. Yo interrumpí para decir que lo que en realidad ese día había dicho el chico era, textualmente, que “había que aprender a amar al virus”. OR me dijo: “¡Exacto, tú estabas; eso dijo!” y todos empezaron a reír un poco sorprendidos por la cualidad de esa afirmación. Entonces MK siguió narrando su historia.

En este ejemplo la narrativa parece indicar cómo una experiencia de malestar corporal se encadena con otra acción específica: OR acude a hacerse unos análisis a raíz de que tenía el ganglio inflamado; esto a su vez fue desencadenado por el asalto y el estrés sufrido por un evento de tales características. Visto así, la historia presenta cierta linealidad en la que un evento produce a otro y así sucesivamente. Por lo contrario, es precisamente de esta postura de la que pretendo tomar distancia. Situándonos en el plano de la temporalidad de la acción, advirtamos que hay una serie de eventos que se encuentran entrecruzados y que se determinan uno al otro; pensándolo de esta forma podemos recurrir al momento en que OR se sabe “reactivo” o sea, positivo al VIH.

El presupuesto es que es ese el *instante de peligro* al que líneas atrás ya hacíamos mención. La referencia es a un *instante* en función de un eje que aglutina y da coherencia cardinal a la configuración de una trama: A partir de éste es cómo OR habría descubierto que tenía VIH. Este es el momento de arranque, el acontecimiento de crisis que da configuración a la narrativa, pero no es en realidad el momento inaugural de la experiencia. Ciertamente OR se sirve de un evento del pasado para dar coherencia a la narrativa actual, pero es en tanto que ese evento se reactualiza en la narración, que, al hacerlo, otorga una reconfiguración a la experiencia del presente. Los tiempos están atraídos; seducidos hacia sí en la permanencia de su entrecruzamiento por una contingencia particular que en la narrativa ofertada a otros se produce como una imagen más o menos estable de una experiencia del presente. Cuando OR va a hacerse unos estudios no sólo es por la determinación de un evento pasado -el robo y lo que éste parece causar- es también por la proyección y las expectativas –jugando éstas en el orden del deseo- que el enganchamiento de la temporalidad establece hacia un futuro: el querer saber, el deseo de dar constancia de lo que se tiene y a partir de eso el deseo de

saber lo que uno es. El ganglio inflamado es sólo un pretexto y un rebote circunstancial en la producción de la experiencia.

Luego, en consecuencia, tampoco podemos decir que lo que causa que OR se entere de su resultado sea el estrés ni el robo -como elementos armados a fuerza y articulados bajo presión- puesto que él mismo no podía anticipar certeramente hacia dónde lo encaminarían esas cadenas de eventos. OR pudo haber quedado ahí si hubiera sido "picado"; OR también dice que hasta ese momento pensó que en un escenario de robo podría haber actuado de otra forma, pero cuando se presenta dicha situación él reacciona de otra manera: les dijo que se llevaran todo. Esto significa que no podemos establecer garantías incondicionales sobre la base de la anticipación de nuestras acciones, puesto que el *instante de peligro* se instaura como un momento de desestabilización y reforzamiento de esquemas simbólicos que ostentaban una estabilidad previa para el sujeto, aunque en realidad la estabilidad sea imaginaria en la medida en que, en efecto, nuestras reacciones no sólo no son del todo previsibles, sino que son distantes temporalmente de un momento inaugural de arranque: el "pudo ser diferente" abre esa posibilidad. El momento del presente, si bien mantiene una conexión compleja con el tiempo del pasado y el futuro, tampoco establece una determinación unilateral entre ambas dimensiones temporales de la acción.

Aspiro a ser muy concreto en este punto: Lo que me encuentro desarrollando es, no tanto la configuración del tiempo a través del relato del sujeto, sino las interconexiones temporales involucradas en la producción simbólica de la experiencia. La referencia a la narrativa de OR la he utilizado para ejemplificar cómo se van conformando distintos escenarios en función de un tiempo presente que parece sostener la narrativa; pero, sobre todo, mi interés central, y lo que consecutivamente será pertinente enfatizar para el análisis de los relatos, es que las narrativas de los sujetos van trazando posiciones identitarias a partir de que cada uno de éstos incorporan y reproducen las mediaciones simbólicas de la acción referentes a la condición de saberse portador del virus. Las narrativas tampoco son el punto de origen, sino una forma de interpretar la historia y, más aún, una forma de reactualizar el proceso de la experiencia del sujeto con VIH. Esas narrativas también anclan y al mismo tiempo perturban la estabilidad del sujeto; tienen una historia que es refigurada en virtud de que dan la pauta para reafirmar certezas de vida o para reincorporar sentencias de muerte.

Ya no tanto en el plano de la temporalidad de la acción, sino en el plano de la reconfiguración de la experiencia, OR nos deja entrever cómo esas interconexiones temporales se vinculan con la emergencia de un sujeto en tanto identidad narrable que permite una contención del sí mismo, un sostén mediante lo cual uno puede nombrarse, vía por la que se imagina una identidad como coherencia del ser individualizada. Dice OR: "Ahora es así, pero no siempre fue así", lo que denota cambio, transformación, pero también se revela una condición casi necesaria: "Si no me rio no sé qué pasaría". Ello refiere a una exigencia por hacerse de una forma tal en la que se puedan sostener las implicaciones y las dificultades que se desprenden de tener VIH. En este caso aparece la burla y la risa como elementos que estampan una posición subjetiva que ahora uno ocupa para "vivir de otro modo".

La risa no sólo amortigua la dificultad, sino que aparece como un elemento simbólico que da cabida a esa identidad, o mejor digamos, que permite una confección idealizada de la misma. Como ya se anotaba, esa identidad narrada -dramática, divertida, risueña, mexicana, junto con demás elementos que acompañarán esta definición- produce nombres y modos específicos de configurar experiencias. La disposición individual a la que ya se hacía mención –organizada por las mediaciones simbólicas colectivas, como lo sería el estigma- deja constancia a partir de una posición a la que se accede, necesaria ésta para poder contener los dilemas del padecimiento; aunque ciertamente no se establezcan posiciones equivalentes y homogéneas para todos los sujetos.

El ejemplo presentado es muy claro: Lo que la risa establece para OR; para otro chico lo sería una "relación amorosa" con el VIH. Esa relación también define una posición simbólica en el mundo; es una manera de nombrarse ante sí y para otros en función de algo o alguien más; y aquí la manera de definirse identitariamente está relacionada, o bien depende, de un elemento al cual se requiere aprender a amar: El VIH. En esos modos de producir experiencia el sujeto se refigura como identidad o como posibilidad de la misma a partir de que *aprende* a ocupar esa posición. OR lo expresa así: "O me tiro al drama o lo *aprendo* a vivir de otro modo". Lo mismo el otro chico, el que mantiene una relación afectiva con el virus: "Hay que *aprender* a amar al VIH".

¿Cómo aprehender conceptualmente la cuestión de la identidad con la narración acerca de la relación afectiva con el VIH? En este momento parece pertinente volver al planteamiento conceptual elaborado por Braidotti para entender que la identidad está hecha de transiciones, de desplazamientos sucesivos, de cambios coordinados sin una

identidad esencial y contra ella; pero no es un individuo completamente desprovisto de unidad: "La cohesión es engendrada por repeticiones, los movimientos cíclicos, los desplazamientos rítmicos. Cruzar fronteras, con el acto de ir independientemente del destino de su viaje" (Braidotti, 2000, p. 58). En ese deslizamiento de fronteras el sujeto manifiesta una forma de resistencia política a las visiones hegemónicas y excluyentes de la subjetividad; no obstante, según el análisis de este escrito considera que ese movimiento por el cual se desestabiliza cierta apariencia de inmovilidad identitaria puede ser provocado por una situación de quiebre que transforma radicalmente al sujeto, para el caso en cuestión, vía la notificación de una enfermedad que se ha manufacturado bajo la rúbrica de lo temiblemente mortal. El distanciamiento con la conceptualización de Braidotti radica en el hecho de que el sujeto no necesariamente puede desplazar las fronteras imaginarias de manera intencional, sino que puede ser *forzado* por la enfermedad –por lo que se supone socialmente de ella- a no permanecer en el mismo sitio que estabiliza una ficción identitaria previa.

En todo caso la desestabilización que ocurre en OR pasaría por considerarle un *sujeto excéntrico* en el sentido que propone Teresa de Lauretis (1993) como una práctica de desplazamiento político y personal, o como la figuración de Haraway (1992*b*) acerca de los desplazamientos personales por los límites entre las identidades, los cuerpos y los discursos; asimismo se aproxima al *sujeto nómade* de Braidotti (2000) con la particularidad que ya hacía respecto a cómo esa descolocación no es inherente a figuras y acciones de resistencia y cómo ese nomadismo puede suceder a causa de eventos de golpe –el *instante de peligro* de Benjamin- que por efecto promulgan que, la manera en que se configuran las experiencias de estos jóvenes están sostenidas por una dimensión en la que intermitentemente operan la incertidumbre y el miedo. El no saber qué es lo que ahora puede dar, o por qué fracción corporal acudirá el nombre de la enfermedad, significa pensar que hay una incerteza reiterada que por mucho que ésta pueda aparecer a veces latente, y a veces suspendida en el casi olvido, es una enfermedad –como matriz cultural de la infección- que puede llegar por cualquier lado y prácticamente en cualquier momento. Ese nomadismo, acaecido por imposición, sería incitado por un suceso de quiebre, una situación de choque que transmuta, y que es, en este caso, la notificación de una enfermedad y lo que ello conlleva. El sujeto puede no tener la intencionalidad de desplazar fronteras imaginarias, pero se ve en la necesidad de no permanecer en la misma posición simbólica, en el mismo sitio de identidad.

Conclusiones

Esta breve referencia conceptual permite concebir el modo en que la narración, como acontecimiento temporal de la experiencia, se encuentra ligada a la configuración de posiciones identitarias. Visto así, se concluye que el sujeto es *una posición subjetiva a ocupar* generada por la continua interacción de numerosos elementos simbólicos, dentro de los cuales –como ya habíamos anotado- se destacan los procesos de estigmatización. Bajo este panorama, la experiencia figura como la traza histórica que el sujeto reproducirá con miras a establecer una movilidad temporal que no siempre aparece figurada como tal.

En esta forma de producir la experiencia, transformar las prácticas es transformar la identidad, y consecuentemente la manera en que el sujeto procurará narrar las mismas en la reactualización que hará de sus vivencias. Por tanto, si bien la identidad no es un *continuum* perpetuo, sí se proyecta sobre la base de una continuidad subjetiva y materialmente corporal: El sujeto se narra con base en lo que hace, pero también en lo que potencialmente quiere hacer. Esa acción sentará la posibilidad para definir la pregunta inquietante de *¿Quién soy yo?* En este deseo de saberse y reconocerse, se delinean expectativas que se ven forzadas a re-direccionarse, a re-dirigirse, a andar por otros caminos. Así, la pregunta del “*¿quién soy yo?”* deshace la comprensión lineal y evolutiva del tiempo, en todo caso, produce a la experiencia del tiempo como una implosión corporal sujeta a variabilidades simbólicas con relación a la posición identitaria que se ocupa.

Para finalizar, es importante hacer énfasis en que es fundamental considerar todas estas dimensiones simbólicas para el diseño e instrumentalización de programas de prevención del VIH, afrontando el análisis de la identidad como una coherencia individualizada que es sujeta de prácticas corporales al establecer éstas sus contornos y condicionar las interrelaciones afectivas, familiares, y las relaciones sexuales y eróticas que son, en conjunto, lo que otorgan sentido a la experiencia del ser y saberse como un sujeto que vive con VIH.

Referencias

Braidotti, R. (2000). *Sujetos nómades: Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires: Paidós.

Foucault, M. (1989). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. España: Ediciones La Piqueta.

De Lauretis, T. (1989). *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction,* London: Macmillan Press.

De Lauretis, T. (1993). Sujetos excéntricos: la teoría feminista y la conciencia histórica. En M. Cangiamo & L. DuBois (Comp.), *De mujer a género, teoría, interpretación y práctica feministas en las ciencias sociales* (pp. 73-113) Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Geertz, C. (1994). *Conocimiento local: Ensayo sobre la interpretación de las culturas.* Barcelona: Paidós.

Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza*. España: Ediciones Cátedra.

Haraway, D. (1992*b*). Ecce Homo, Ain't (Ar'n't) I a Woman, and Inappropriate/d Others: the Human in a Posthumanist Landscape. En J. Scott & J. Butler (Comp.), ***Feminists Theorize the Political (pp. 87-101)*** New York: Routledge.

Parker, R & Aggleton, P. (2002). *Estigma y Discriminación relacionados con el VIH/SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción*. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad PSRS.

Ricoeur, P. (1987). *Tiempo y Narración. Vol. 1*. Madrid: Ediciones Cristiandad.

Scott, J. (2001). Experiencia. *La ventana*, 13, 42-73.

Walter, B. (1993). *La metafísica de la Juventud*. España: Paidos Ibérica.

Walter, B. (2008). *Tesis sobre la historia y otros fragmentos*. México: Itaca-UACM.

2º SIMPÓSIO

MICROMACHISMOS O MICROTECNOLOGÍAS DE PODER: LA INVISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA MACHISTA

ALMUDENA GARCÍA MANSO (UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS)

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS. (UNIVERSIDAD SAO PAULO)

CARMEN GAONA PISONERO. (UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS)

RESUMEN:

Tras realizar un recorrido sociológico entorno al patriarcado como sistema social, así como la visión de la violencia contra las mujeres como raíz un ejercicio de raíz cultural y la identificación de las violencias invisibles, microachismos y síntomas de la mujer contemporánea (Bonino, 2005 y Simón, 2010), nos propusimos hacer una re identificación y búsqueda de otros tipos de violencias invisibles además de las identificadas como micromachismos –de tipo coercitivo, encubiertos, de crisis o utilitario-, para ello se realizó una incursión cualitativa exploratoria basada en grupos focales o grupos de discusión. De las dinámicas realizadas se llegaron a identificar otras tipologías de microtecnologías de poder o micromachismos afines o perpetuadotes de los roles tradicionales de género femenino con su consecuente significación política-social: la subyugación e infravaloración.

PALABRAS CLAVE: micromachismos, microtecnologías de poder, violencia de género, patriarcado.

1. Introducción: breves reflexiones en torno al patriarcado y la violencia.

La violencia ejercida contra la mujer es un tipo de agresión encubierta, la cultura patriarcal ha legitimado la creencia de la posición superior del varón frente a la posición socio-política y cultural de la mujer, una situación que ha empujado a la mujer a una posición de inferioridad de poder.

Una de las definiciones más aceptadas de violencia de género es la propuesta por la ONU que define la violencia de género como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (ONU, 1994).

Bajo esta definición la violencia contra las mujeres, violencia de género o violencia machista se define como coacción física, psíquica o sexual sobre las mujeres con el objetivo claro de influir en su voluntad y obligar al sujeto a actuar en base a esa imposición. La violencia adopta diferentes formas tanto física, como verbal, psíquica, sexual, social, económica, simbólica, informativa, etc., maneras de coacción que se vienen ejerciendo, de manera sutil o explícita a lo largo de la historia.

La historia de la violencia contra las mujeres, violencia machista, se pierde en la propia historia, es decir, su origen es tan antiguo que no podríamos precisar una fecha exacta, muchos podrán creer que es inherente e intrínseca a la propia existencia social tal y como lo es la violencia en sí (Muchembled, 2010), pero en el caso que nos ocupa estamos hablando de una violencia ejercida sistemáticamente contra un colectivo social concreto, por el mero hecho de ser ese colectivo, de lo que se deduce que no es un tipo de violencia por agresión sin más o supervivencia, como se presupone que pudo ser la violencia en su origen, sino que se trata de una violencia “con sentido”, es decir una violencia en base a una “agencia” a un ser o pertenecer, imbricada en la diferenciación, alteridad y otredad.

Existe una multivocidad respecto a los orígenes de la violencia contra las mujeres que bien podría estar relacionada con la idea de la división sexual del trabajo y la distribución de los espacios sociales de poder (Rubin, 1986), donde la división de estos espacios y tareas dispone una distribución política que genera una desigualdad en poder real: la esfera de lo doméstico y lo íntimo recae en la mujer mientras que por el contrario la esfera de lo público recae –intencionalmente- en el varón. Este perfil socio-político define las sociedades estructuradas en base a una división de poderes en cuanto a las dinámicas de productividad y reproductividad, así como en base a unas dinámicas de sometimiento “corporal-biológico”. El dominio de la reproducción, desde un punto de vista “anatomopolítico y biopolítico”, permite espacios de poder, si dominas al que reproduce dominas la producción, dominas la población, la posees. Estas sociedades vienen a ser las sociedades originarias de la distribución civil, las sociedades cuya distribución social y

estructura se hallaba estructuradas en diferencias, desigualdades y poderes. Es en este punto en el que podemos ubicar o re-ubicar –debido a la carencia de registros históricos- el origen de la violencia sistemática y estructural contra las mujeres por su condición política de ser mujeres.

No hay un referente claro de cuando surge el patriarcado como estructura de poder, muchas son las referencias que aproximan su existencia a los pequeños grupos sociales prehistóricos, concretamente en la etapa lítica, (Sanahuya, 2002). Aun así se continua insistiendo que es en los albores de las civilizaciones sedimentarias, socialmente estratificadas que definen el concepto de propiedad privada y familia, sopesando la idea que Engels esbozada en su obra *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* (2008) quien indica que " el patriarcado comienza a darse en la época histórica, con el régimen monogámico, como una manera de sometimiento de un sexo (el femenino) al otro (el masculino) (Engles, 2008: 253).

Este concepto, el de patriarcado, ha sido uno de los conceptos recurrentes a la hora de explicar o dar a entender las diferencias en la historia de la sociedad. Es a finales de la década de los años sesenta del siglo XX cuando se desarrolla en el feminismo la búsqueda de teorías que permitiesen un abordaje diferente al análisis sobre la subordinación de las mujeres, intentando explicar la desigualdad existente entre los sexos alejadas de la idea de patriarcado como sistema de poder basado únicamente en la productividad y la familia. Es en este punto en el que cuestionan la idea clásica defendida desde el siglo XVII cristalizada en la idea del "derecho del padre", al referirse al sistema que históricamente deriva de las legislaciones griega y romana, legislaciones y sociedades en las que el padre era el cabeza de familia de una unidad doméstica, el cual ejercía todo el poder legal, económico y social sobre los demás miembros de esa unidad doméstica.

Este uso tradicional hacía que el patriarcado solamente tuviera vigencia desde la antigüedad hasta el siglo XIX con la concesión de los derechos civiles a las mujeres. Un uso que distorsiona la realidad histórica ya que "la dominación patriarcal de los cabezas de familia es anterior a la antigüedad clásica y, por otro lado, en el siglo XIX, la dominación masculina dentro de la familia cambia pero no finaliza" (Lerner, 1990: 340)

Un primer intento de redefinición del patriarcado fue el que Kate Millet en su obra *Sexual Politics* (1970) da sobre patriarcado considerándolo como una institución política,

una red de estructuras sociales cuyo nexo común y articulador no era otro más que el cariz político de las relaciones entre los sexos. En este sentido Millet da un nuevo sentido al concepto rompiendo con la idea clásica y tradicional del cabeza de familia. Para Millet patriarcado se desliga de la idea del derecho connatural que poseen los padres, sino el derecho y poder que poseen los hombres en general, y los maridos en particular, unos derechos destinados a estructurar las relaciones de poder y dominio sobre las mujeres, con un fin que no es otro que el de garantizar a los hombres el ejercicio de control sobre las mujeres. Es en este contexto en el que entra en juego su mencionada afirmación de *lo personal es político*, una afirmación que se convirtió en un eslogan del feminismo proveyendo al movimiento una perspectiva que hasta entonces no habían tenido a considerar "las relaciones entre los sexos debían ser consideradas como una de las dimensiones fundamentales de la sociedad y, en consecuencia, había que incluirlas en la teoría social y la política" (Sanahuya, 2002: 17).

Esta definición de patriarcado, que incluye la apropiación por parte de los hombres de la capacidad sexual y reproductiva de las mujeres, es ampliada por Lerner (1990) vinculando patriarcado con cambios en la organización del parentesco y en las relaciones económicas, a la aparición de burocracias civiles y religiosas, ligadas en periodos de tiempo al desarrollo de los primeros estados y al surgimiento de cosmogonías que incluían una gran cantidad de divinidades masculinas.

Por otro lado Morace (1993) indica que el nacimiento del patriarcado estuvo acompañado de una cadena o serie de coerciones ininterrumpida que implicaban el uso de la fuerza y la presencia de especialistas –ejército, sacerdotes, jueces, etc.,- para ejercitarla. Morace indica que sí existieron sociedades "matrísticas", anteriores al patriarcado, que fueron erradicadas y subyugadas por la imposición del poder masculino. En este sentido el igualitarismo es sustituido por la competencia, imponiéndose la omnipotencia y omnipresencia de la coerción, la violencia y el control.

Así mismo esta autora que define a las sociedades matrísticas como sociedades asamblearias y de discurso, negociación y paz caen ante la privación de los derechos políticos para gran parte de su población –mujeres, niños, extranjeros, etc.,-, surgiendo cargos políticos que se convierten en hereditarios – por vía masculina- y retribuidos, es en este momento en el que aparece la propiedad privada.

Carol Pateman (1995) señala que el patriarcado como sistema de poder político sigue en plena vigencia aunque su definición continua siendo ambigua y confusa. Pateman ve necesaria la distinción de tres formas de patriarcado con el fin de evitar ambigüedades, formas que aun siendo diferentes no se excluyen entre sí. La primera forma es la del pensamiento patriarcal tradicional el cual asimila todas las relaciones de poder al derecho paterno o regla del padre -mencionada anteriormente por la cual se abre el debate del agotamiento conceptual del patriarcado-, un pensamiento acompañado de toda una mitología sobre cómo surge la propiedad privada a partir del nacimiento de la familia, lo cual deja en vigor la tesis propuesta por Engels. La segunda forma consta de la teoría del patriarcado clásico, la cual sostiene que el poder patriarcal y el poder político no son análogos sino al contrario, son idénticos. Los hijos nacen bajo la sujeción de sus padres y por ello bajo la sujeción política. Es en este sentido cuando se considera al derecho político como natural y no convencional, siendo el poder político paternal cuyo origen es el poder del procreador del padre.

La tercera forma es la del patriarcado moderno, que consiste en la transformación a finales del siglo XVII –el periodo de la acumulación del capital- de la teoría clásica del patriarcado, mediante las aportaciones de los teóricos del contrato social. Es el patriarcado moderno denominado “fraternal y contractual” y especulador de la sociedad civil capitalista.

El concepto de patriarcado tuvo una gran acogida en los Estados Unidos sobre todo durante la década de los setenta, poco después se afianzo en Europa y no fue hasta mediados de la década de los ochenta cuando se extiende el concepto de patriarcado a otros países de Asia, América latina y África, en el caso de los países que estaban en proceso de lucha por su independencia colonial este retraso se pudo deber “al temor que la lucha contra el patriarcado quebrantara la solidaridad de las mujeres de izquierdas con sus hombres en las guerras de liberación contra el colonialismo” (Rivera, 1994: 74-75).

Todos estos estudios sobre patriarcado centraron su atención en exponer cómo el derecho de los hombres estructura las relaciones de poder sobre el cuerpo de las mujeres, dirigiendo su atención a la subordinación de las mujeres y considerando la reproducción y/o la sexualidad femenina como las claves del patriarcado. De ahí la importancia de la sexualidad en los procesos de violencia de género.

El patriarcado desde estos primas consiste en “una toma de poder histórica por parte de los hombres sobre las mujeres, cuyo agente ocasional fue de orden biológico, si bien elevado éste a categoría política y económica. Dicha toma de poder pasa forzosamente por el sometimiento de las mujeres a la maternidad, la represión de la sexualidad femenina y la apropiación de la fuerza de trabajo total del grupo dominado, del cual su primer pero no único producto son los hijos…” (Sau, 1990: 237-238).

La categoría patriarcado se atribuye así misma todo lo negativo de la experiencia pasada y presente de las mujeres, se presenta como “algo a histórico, eterno, invisible e inmutable” (Lerner, 1990:67). Un término que sigue en vigor y vigencia –utilizado para ser criticado- y que hace clara referencia a la sujeción de las mujeres, singularizando la forma de derecho político que detentan los varones.

Una vez perfilado el contexto social en el que los sujetos han vivido, viven y vivirá la humanidad, el patriarcado, no nos cabe duda alguna que ese sistema de poder marca la cosmovisión y las realidades del sujeto que habita en una sociedad, dirigida, creada y marcada por los valores, pautas, moral, conducta, distribución productiva y social, etc por el modelo patriarcal de sociedad y poder.

La socialización en su amplio sentido se lleva a cabo en contextos sociales, no lejos de una colectividad, influida por ésta y por los grupos sociales inmediatos y de referencia para con el sujeto en vías de socialización. En todo esto cabe el patriarcado, como sistema lo abraca todo incluyendo la socialización de los individuos, influyendo en las actitudes, conductas, formas de ser y pensar de aquellos que pasan por sus redes.

La memoria colectiva, el consciente e inconsciente colectivo va forjándose a golpe del cincel del sistema social que encabeza el poder, es por ello por lo que esta memoria colectiva posee infinitud de matices discriminatorios contra los “otros”, en este caso las “otras” las mujeres. La diferencia en el patrón general del patriarcado y en los patrones generales de la memoria colectiva se va tornando en desigualdad en cuanto que se incluye el factor división de poderes y reparto o división del trabajo sexual, una base fundamental del concepto del patriarcado como bien hemos contemplado anteriormente.

Reflexionar entorno a la violencia de género y el patriarcado puede representarse en una serie de pasos a considerar la construcción de la identidad en cuanto a las esferas de interacción del sujeto con la violencia como problema estructural y no coyuntural. Los

diferentes tipos de violencia manifiesta, latente e invisible o invisibilizada. Las esferas sociales de carácter público y privado.

La construcción de la identidad se lleva a cabo de manera par al proceso de socialización, ésta inicia con el nacimiento del sujeto, dura a lo largo de toda la vida y se funda en las relaciones que se establecen entre el individuo y los demás grupos sociales, sean estos primarios o secundarios. Un proyecto de vida en el que cada individuo va discerniendo entre quien es, quien quiere ser y quien es para los demás, una construcción del yo hacia el vosotros y el nosotros que va cambiando según cosmovisiones de los agentes de socialización.

Dependiendo de qué variables sociológicas –incluyendo aquí todas las variables sociales- se den en ese momento en el contexto sociocultural, los grupos se irán constituyendo en agentes socializadores para cada rol social. Edad, estatus económico, género y etnia por ejemplo, como variables a considerar marcan el recorrido en la conformación y construcción identitaria, la socialización no es inocua a las variables sociales.

En el momento que los sujetos son adscritos a un género determinado, regido por el patrón heteronormativo del patriarcado que no es otro que el sistema sexo/género binario –masculino/femenino-, el sujeto ya con su género -por imposición social- recibe un bagaje cultural distinto en todas y cada una de las esferas o espacios sociales en los que transite desde su nacimiento y a lo largo de todo su proceso de socialización y resocialización. En todas y cada una de esas esferas sociales se haya codificada las normas del patriarcado, los valores y la cosmovisión que hace que la diferencia termine siendo desigualdad, que se perciba a la mujer como otra, un sujeto infravalorado e infravalorable, un objeto más que un sujeto, ofreciendo un desigual reparto de poderes y espacios sociales. El privado para a ser espacio de la mujer, el público es el espacio del hombre, recayendo de esta forma todo el poder fáctico y real sobre él (Pérez Fernández, 2009).

En estos procesos de socialización y conformación de la identidad, las interrelaciones que se efectúan entre el sujeto y la sociedad están plagadas de añadidos, sujeciones e intenciones que dirigen o re dirige la vida de los sujetos al son de las necesidades, intereses o deseos de quien o quienes detentan el poder. El sistema, en este caso ya definido rotundamente como patriarcal, marca unas tecnologías de poder

que como bien define Michel Foucualt (2005a;2005b y 2005c; 2010) empujan al sujeto social a su sujeción por la biopolítica, tecnologías de poder que se enmarcan perfectamente en los intereses de la dominación masculina, una biopolítica (Foucualt, op cit), tecnopolítica (Winner, 1987), infopolítica (Lash, 2005) y psicopolítica (Byung-Chul, 2014) que siguen las pautas de la otredad femenina, un proceso de othering (Young, 2012) que se entremezcla con los logros civiles, legales, políticos y económicos conseguidos.

2. Cuando lo normal se convierte en una trampa: Microtecnologías de poder del género.

Si bien es cierto las grandes violencias son vistas e identificadas no sólo por su condición dolosa sino por su existencia en el marco legislativo, en ocasiones las "cosas" pasan a existir cuando las enmarcamos dentro de una tecnología de poder (Foucault, op. cit), en el caso de la violencia contra las mujeres ésta comienza a ser visible y a "existir" como un problema social –que lo ha sido desde siempre- en el preciso instante en el que las leyes y las estructuras de poder la van incorporando, enunciando y legislando el problema identificado como tal.

Además de las violencias visibles, la violencia física y psicológica que queda situada en el marco de la ley y de lo punible, existen muchas otras violencias contra la mujer que lastran de igual manera la capacidad de poder y el avance en materia de igualdad de oportunidades, derechos y reconocimiento público, social, político y cultural. Unas violencias invisibles pero dañinas que son la antesala en ocasiones de la violencia física así como son el lastre del que todas las mujeres tienen que tirar para poder conseguir unas oportunidades y unas condiciones de paridad lógicas e idénticas a las de sus compañeros varones.

Estas violencias designadas por muchas y muchos como violencias blandas, violencias de corto alcance o micromachismos forman parte de una trampa mayor, la trampa de lo cotidiano, del día a día, de la gota que hace mella por su insistencia en la piedra. Es la insistencia, la replicación o performatividad, la normalidad o cotidianeidad lo que hace que estas violencias no sean tan visibles, además de que su existencia reside

en multitud de ocasiones en las esferas de lo doméstico, privado y emotivo sentimental de las relaciones inter personales y sentimentales (Llorente, 2014).

Aunque la mujer en algunos lugares del mundo, concretamente en el caso que nos ocupa es el de España, ha logrado alcanzar cotas de poder público sigue lastrada no sólo por esas microviolencias o micromachismos sino por fallos estructurales y sistémicos, no debemos olvidar que la inquina hacia la mujer, las estructuras de poder y de intereses del patriarcado, se encaminan a arrinconar a la mujer a una posición de clara inmanencia, dejando que no logre sus metas profesionales de forma completa, haciendo que siempre salga a la luz sus “cualidades naturales” de mujer, madre, cuidadora y emocionalmente activa (Gallego, 2010), lo cual la re-sitúa de continuo en esa posición de lo emocional –por lo tanto lejano a lo racional-, de lo doméstico y de las esferas de cuidado y subordinación. Aun así son muchas metas las alcanzadas, su incorporación en el mercado laboral –incorporación a medias y criticable-, su capacidad de poseer una independencia política, ideológica, económica y educativa, etc., hacen que la mujer española del siglo XXI se aleje cada vez más de la mujer que fue sobre todo durante el Franquismo, ese “ángel del hogar” (Cayuela, 2014).

“Los micromachismos comprenden un amplio abanico de maniobras interpersonales que impregnan los comportamientos masculinos en lo cotidiano (…) Los micromachismos son microabusos y microviolencias que procuran que el varón mantenga su propia posición de género (…) Están en la base y son el caldo de cultivo de las demás formas de violencia” (Bonino, 1995: 4). El término micromachismo o microviolencias de género nace con el fin de identificar aquellas conductas cotidianas, sutiles y comunes que forman parte de las estrategias de control patriarcal.

Materializados en actitudes, conductas y comportamientos los micromachismos no son más que estrategias de control dosificadas en pequeñas acciones o acciones propias de lo cotidiano y el día a día, es por ello por lo que son tecnologías de control menos visibles y por ello más dañinas.

Estas pequeñas formas de manifestar el machismo y la indiferencia o infravaloración a las mujeres han ido haciendo mella en cómo la cultura y la sociedad ha ido conformando los espacios de poder de género, dejando claro que las diferencias y desigualdades en materia de género siguen vigentes y mantienen intactos los

tradicionales espacios de poder: el poder público/masculino y la esfera privada y doméstica/femenina.

Los micromachismos suelen permanecer invisibles o por intereses invisibilizados, camuflados, escondidos, interiorizados y normalizados puesto que se dan en las esferas sociales de lo más íntimo y privado, en lo interpersonal e interrelacional, formando parte de los circuitos cerrados de lo usual dentro de una comunidad en concreto (Martínez y Bonilla, 2000). Micromachismos en su mayoría están legitimados por la sociedad y la cultura que los rodea, son actitudes de tolerancia permitida, son prácticas de dominación masculina que se dan en la vida cotidiana, como por ejemplo interrumpir cuando una mujer habla, hacer chantaje emocional, controlar los contactos y horarios de las mujeres, criticar su ropa o el maquillaje, abusar de la condición de cuidadora, decir un piropo o miradas lascivas, ocupar más espacio en el transporte público impidiendo que la mujer pueda sentarse cómodamente.

Como podemos contemplar los micromachismos son comportamientos abusivos, micro comportamientos que se tornan en efectivos puesto que el orden social preponderante, el sistema cultural del patriarcado, los ratifica y valida. Se ejercen de manera reiterada hasta que anulan a las mujeres o merman su autonomía. La forma en la que se ejercen y lo sutil de su existencia, así como su reiteración, hacen que en la mayor parte de las ocasiones éstos pasen desapercibido e inadvertidos para la sociedad y para sus víctimas.

Estos comportamientos abusivos se diferencian en cuatro tipologías descritas por Bonino (1995, 2005) presentados a continuación:

Micromachismos de tipo utilitario comprendidos como aquellos actos “del ser y del estar” que se corresponden con estrategias de imposición de sobrecarga por evitación de responsabilidades o tareas, ya sean estas domésticas, familiares, emocionales, laborales, intelectuales o nutricias, en un resumen sería la evitabilidad o falta de actos responsables de la mayor parte de las tareas o acciones de corresponsabilidad conjunta. Este tipo de micromachismo, el utilizatrio, se manifiesta en la consecución de determinadas actitudes, comportamientos o actos tales como la no responsabilidad o evitación de la misma en la esfera doméstica, la no implicación o seudo-implicación, así como implicación ventajosa, el aprovechamiento abusivo y la naturalización de las capacidades “femeninas de servicio” y de cuidado, la delegación de las tareas de cuidado en la mujer, la negación de

la reciprocidad, la naturalización y el aprovechamiento de la ayuda así como el amiguismo o el comportamiento y actitudes paternalistas entre otras.

De tipo encubierto son aquellos micromachismos comprendidos en actos y comportamientos en los que el varón tiende a ocultar su objetivo de dominio mediante maniobras extremadamente sutiles e imperceptibles, suponiendo esta actitud o actos una doble trampa para la mujer, la trampa cultural y la trampa de la normatividad social. Estas actitudes son invisibles y casi inadvertibles debido a lo cual son más efectivas que las maniobras desarrolladas mediante micromachismos directos. Entre otras muchas de las formas y modos en los que se desarrollan y manifiestan o despliegan nos encontramos con el fomento de la falta de intimidad, los silencios provocados, el aislamiento y el malhumor manipulado, la puesta de límites continuada, la avaricia a la hora de dotar reconocimientos y la avaricia a la hora de estar disponible o el abuso de la disponibilidad, la inclusión invasiva de terceros de manera manipulada, así como la colisión con terceros, la seudointimidad y seudocomunicación, la comunicación defensiva-ofensiva, el despliegue de engaños y mentiras, la manipulación y el chantaje emocional, el enfurruñamiento, la emisión de dobles mensajes afectivos-agresivos, el hacerse el inocente de manera intencional, el abuso de confianza, la seudonegociación y la desautorización, la descalificación y la desvalorización, la negación de lo positivo, la autoindulgencia y la autojustificación, la minusvaloración de los propios errores, el echar las culpas a otra persona o a una situación determinada, el hacerse el bueno o el tonto, así como olvidos selectivos.

Los micromachismos de crisis son aquellos que suelen utilizarse para reestablecer el reparto previo de poder y así mantener la distribución desigual de poder en el momento en el que el poder de la mujer aumenta, ya sea debido a cambios exógenos a su postura personal, como puede ser un cambio en su vida, o por la pérdida de poder por parte del varón, ya sea debida a incapacidades físicas, económicas, sociales o personales. Los actos o acciones que identifican este tipo de micromachismos se manifiestan en el hipercontrol, seudoapoyo, resistencia pasiva y distanciamiento, actitudes que pretenden regir la crítica y la negociación, prometer y hacer méritos, la victimización o "hacerse la víctima", dar lástima, entre otros.

El coercitivo es un tipo de micromachismo que consta en actos o comportamientos donde el varón usa la fuerza moral, psíquica, económica o personal para intentar doblegar a las mujeres y convencerlas de que ellas no tienen o poseen la razón, provocando en

ellas un sentimiento de derrota posterior puesto que éstas comprueban que la perdida, ineficacia o falta de capacidad y/o peso político deriva de la falta de poder para defender sus propias decisiones o razones. Los actos que definen este tipo de micromachismos no son otros que las coacciones a la comunicación, el control del dinero por parte del varón, el uso expansivo o abusivo del espacio y el tiempo, la inexistencia abusiva, la imposición de la intimidad, la apelación a la superioridad de la lógica varonil, la toma o abandono repentino del mando lo cual genera cierta desorientación en la mujer, entre otras acciones, actos y comportamientos.

Pero además de la clasificación y descripción hecha de las herencias del patriarcado, los micromachismos, debemos hacer mención a otras designaciones de interés e importancia a la hora de comprender la violencia contra la mujer desde una perspectiva micro social, en este caso hablaremos del sexismo benevolente.

Por sexismo benevolente se entiende el pensamiento que concibe y considera a las mujeres como sujetos complementarios al varón, naturalizando la diferenciación jerarquizada entre los sexos y justificando el mantenimiento de los roles y discriminación de género. Es un tipo de sexismo al igual que los micromachismos muy perjudicial en este caso no niega a la mujer el acceso a las esferas de poder públicas –económica, educativa, laboral, sanitaria, económica, etc.,- pero por el contrario hace que la mujer tenga que ser ante todo mujer, en el marco del significado cultural que ello conlleva sería que la mujer ha de actuar de manera subordinada y someterse al cumplimiento de los estereotipos de género tradicionales, es decir: ser madre, esposa, cuidadora y objeto de deseo –amante-. Este tipo de sexismo benevolente hace que las mujeres adquieran un unos síndromes, sociales, psicológicos y culturales, a considerar (Simón, 2003:100):

Síndrome de cenicienta, este síndrome consiste en la auto percepción de mujer como torpe, falta de habilidades y que precisa continuamente de dependencia masculina, en este sentido las mujeres que se encuentran bajo este síndrome serían mujeres candidatas a padecer acoso sexual o a ser víctimas claras de violencia de género, así como a ser meros objetos decorativos las común mente denominadas –peyorativamente- mujeres florero o mujeres cuota, mujeres que ornamentan o rellenan candidaturas o que sirven para mostrar una imagen políticamente correcta de instituciones, empresas o asociaciones (Simón, 2003:101). El síndrome de la becaria desclasada, muy propio de mujeres que se camuflan como varones hasta tal punto que rechazan cualquier manifestación femenina por la carga simbólica de inferioridad y negatividad que ello

conlleva. Este síntoma suele estar representado por mujeres que llegan a cuotas de poder imitando las estrategias masculinas y asimilando cierto autoritarismo, competitividad negativa y machismo. Por último Simón hace mención del síndrome de la abeja reina, un síndrome que es propio de mujeres que adquirieron posiciones de poder o de reconocimiento importantes y que creen que el esfuerzo y el mérito permite a las mujeres llegar allá donde quieran llegar, tal y como a ellas les ha sucedido. Por lo general este tipo de personas suelen rechazar cualquier medida anti sexista o impulsadota de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Así como existen otros tipos de machismos “de baja intensidad” o micromachismos que no están especificados pero que sí los podemos detectar por su daño y por lo deducido de la incursión cualitativa que se hizo a este respecto.

3. Identificación de otros micro machismo no representados por teorías expuestas.

Para poder realizar esta identificación se realizaron dos aproximaciones o incursiones utilizamos una incursión y/o exploración metodológica de tipo cualitativo basado en dos grupos de discusión realizados tras un taller sobre micromachismos, los participantes del taller y de los grupos de discusión eran alumnos y alumnas universitario de edades comprendidas entre los 20 y 24 años, el taller se impartió a todo el grupo (23 hombre y mujeres) y se dividió en dos grupos de discusión o grupos focales de la siguiente forma: grupo número uno compuesto por 12 personas (5 varones y 6 mujeres) y el grupo dos compuesto por 11 personas (4 varones y 6 mujeres).

Tras el análisis de las teorías expuestas en este trabajo y la identificación de actitudes y comportamientos que están englobados en las cuatro categorías de micromachismos expuestas por Bonino (1995, 2005) y los síntomas descritos por Simón (2003) se procedió a identificar otros tipos de micromachismos que se escapaban a los expuestos en el taller, en este sentido se pudo describir en un primer momento los micromachismos derivados del uso del lenguaje, insultos y palabras mal sonantes que hacen referencia a la mujer o a lo femenino, infravalorizándola, peyorizándola y minusvalorándola. La ausencia de un lenguaje inclusivo y lo engorroso que supone utilizar un uso no sexista y discriminatorio o peyorativo del lenguaje.

“Muchas veces usamos el lenguaje no sexista, el inclusivo cuando hablamos de cara a un público numeroso, por ejemplo en las asambleas de alumnos y alumnas, y creo que es necesario, pero la gente se cansa y se pierde con tanto nosotros y nosotras, ellos

y ellas, etc., pero el lenguaje inclusivo es necesario, no usarlo es un micromachismo" (Varón de 22 años)

"Siempre con el coño en la boca, que si esto es un coñazo, que si eres un hijo de mala madre, que si la madre que te parió, que si mala perra…etc., el español está lleno de palabras mal sonantes en femenino, hasta para insultar a un hombre se usan términos en femenino, eso es machismo encubierto" (Mujer de 21 años)

"El lenguaje es fundamental para que la gente no sea machista y en España hablamos muy mal, somos machistas en el lenguaje" (Mujer 24 años)

Otros micromachismos que se dedujo de los grupos focales giraba entorno a los piropos y el humor, en ambos grupos lo designaban como micromachismos culturales, otros los designaban, haciendo clara referencia a los piropos y cortesías varias, micromachismos de cortesía o "caballerosidad", groseros y soeces, actos intimidatorios sexualmente hablando para las mujeres. En este sentido comentaban cómo los chistes y el humor es tendente a ridiculizar a lo femenino y ha ridiculizar al hombre afeminado, así como en el caso de los micromachismos de caballerosidad o cortesía grosera casi la inmensa mayoría de los y las participantes en los grupos de discusión hacían mención a una violencia sexual indirecta en los mismos, siendo éstos los más desagradables y deplorables, considerados por los miembros de los grupos como violencia sexista y sexual.

"Cuando estoy en la puerta de la discoteca y veo que a mis amigas las dejan entrar gratis siento pena, muchas veces les digo que eso es machismo y que las consideran trozos de carne para atraer a clientes chicos" (Varón, 23 años)

"Yo no voy a discotecas donde me tratan como un objeto, si quiero ir me pago mi entrada, lo otro es violencia sexual, te consideran un objeto sexual, un atractivo para los demás" (Mujer, 20 años.

"Es asqueroso cuando alguien te piropea o te dice una grosería, no hace nada de gracia, te sientes desnudada, yo me siento mal, es una agresión en toda regla". (Mujer, 23 años).

"Es asqueroso ver cómo en el vídeo en el que una mujer pasea por las calles de Nueva York durante un día y los hombres le sueltan groserías y la increpan cuando ella

no hace otra cosa mas que andar por la calle, sin meterse con nadie y sin hacer nada más que andar, ahora va resultar que andar es una provocación” (Mujer de 24 años).

“Los hombres creen desde pequeños que decir piropos es algo que agrada a las mujeres, creo que lo toman como una forma de agredir y demostrar su masculinidad haciéndolo pasar mal a las mujeres” (Varón, 23 años).

Otro tipo de micromachismos que se detectaron en los grupos de discusión son los mediáticos y publicitarios, en este sentido hablaron de lo perjudicial que es el papel de los medios de comunicación en este sentido, la difusión de programas que hacen apología de los roles de género tradicionales, que siguen reivindicando la función clásica de la mujer como cuidadora, madre, esposa y/o amante, manteniendo la idea de la mujer como un objeto y no como un sujeto, una persona en continua minoría de edad o en perpetua inmanencia e inferioridad para con los varones. Esta imagen infravalorada, victimista y en ocasiones hiper sexuada o extremadamente sexual de la mujer no hace nada por generar dinámicas que hagan y posibiliten la consecución de la igualdad de oportunidades y la positivación en poder y valorización de la mujer.

“En algunos canales de televisión lo único que te muestran es la imagen de mujer florero o mujer bella, maziza pero tonta” (Varón, 21 años)

“La publicidad está plagada de mujeres como objetos: o son madres, o son esposas o son bellas pero tontas” (Mujer, 20 años).

“Muchas revistas femeninas, como por ejemplo la Cosmo, siguen perpetuando la imagen tradicional, pero a la vez liberada sexualmente, de la mujer, ella siempre tiene que estar perfecta y apetecible para el hombre” (Mujer, 23 años).

A esto hay que sumar otro micromachismo que deriva de la supervaloración de lo romántico y lo emocional irracional del amor como última expresión de las relaciones interpersonales, la llamada por los grupos de discusión violencia romántica.

“Te venden que ser romántico es querer a la persona, pero eso es un mito: ni regalar rosas significa que te aman ni tener celos significa que te quieren, es todo lo contrario, te compran y te manipulan” (Mujer, 24 años).

“El príncipe azul, la mujer de tu vida, la felicidad de estar juntos, la vida en rosa, todo eso para dominar tu vida” (Varón, 23 años).

“Os cuentan el cuento de lo romántico para dominaros, y lo peor es que la gente se lo cree, es así desde hace tanto tiempo…desde casi Adán y Eva (risas)” (Varón, 20 años).

“Ser romántico es dominar a tu chica” (Varón, 24 años).

Sin duda la experiencia del otro nos muestra cómo hay multitud de machismos invisibles aún por identificar y como no por visiblizar.

Conclusiones

Muchas de las consideraciones teóricas sobre las microtecnologías de poder que hemos podido recopilar, en primer lugar a través del marco teórico y del recorrido por el patriarcado y su nacimiento, así como por la experiencia investigadora y profesional de especialistas en violencia de género (Bonino, 2005 y Simón, 2010, Osborne, 2010), han dado su fruto empírico y reflexivo con el fin de cumplimentar las tipologías sobre micromachismos y microviolencias, algunas obviadas otras inadvertidas por su naturalización, en ese sentido de la incursión exploratoria realizada mediante los grupos de discusión pudimos diferencias otras clasificaciones anteriormente no indicadas a señalar: micromachismos lingüísticos, que si bien es cierto este tipo de violencias se vienen estudiando desde el lenguaje, la etno lingüística, la semántica, la semiología y la literatura, etc., disciplinas todas ellas que pretenden hacer un llamamiento por el tratamiento no sexista del lenguaje (Calero, 1999; Gorddard y Patterson, 2005; García Messeguer, 1994; Furtado, 2013) el lenguaje sigue marcando realidades, creándolas y siendo una de las tecnologías de poder, por su capacidad enunciativa y constructora de la realidad, así como por su capacidad de otorgar o no visibilidad o poder a las personas, hechos o cosas. El lenguaje forma parte de las raíces mismas de una cultura y su sociedad, éste marcará y creará las realidades que enuncia, haciendo que éstas sean tal y como son dichas: si el insulto es femenino lo que se *peyoriza*, infravalora y minusvalora es lo femenino, siendo esto un motivo fundamental para decir que el uso del lenguaje de manera sinuosa y sesgad es pura micro violencia. No podemos olvidar que el castellano, desde tiempos de su conformación, ha estado instalado en una misoginia simbólica que ha construido una forma de pensamiento hasta hoy inalterada, la mayoría de los insultos que se usan son de carácter femenino, así como aquellos términos que pretenden negativizar algo son alusivos a lo femenino, así “coñazo” o “coño” o “portera” se usan en

negativo o para infravalorar un hecho, una acción o a una persona (Martínez García, 2008).

Otro de los micromachismos es el del humor, viendo cómo el humor en nuestra cultura es tremendamente misógino y homófobo, cebándose en las alteridades y *otredades* sociales, los homosexuales y las mujeres –los otros sujetos sexuales no hetero masculinos-. Respecto al humor indicar que tanto los participantes en los grupos de discusión como algunos y algunas expertos y expertas en materia de género tienden a considerar que la ridiculización pública, colectiva y desde un artefacto cultural, como es la narrativa humorística, tiende a tener un efecto doblemente negativo, por un lado consigue su objetivo de deslegitimar y humillar al otro –en este caso que nos ocupa a la otra- y por otro lado genera una narrativa cultural que se tiende a perpetuar y repetir, usando el humos como excusa.

E siguiente machismo es el identificado y denominado como micromachismos de cortesía o “caballerosidad”, éstos micromachismos se tienden a fundir con la idea de violencia sexual simbólica, es en este tipo de micromachismos cuando la mujer se siente mas coartada públicamente, más violentada y asumen de forma más directa que lo que están sufriendo no es más que una violación de su intimidad y la recepción de algo que ellas no han pedido y que se hace sin su consentimiento, una perdida completa de su autonomía y un sentimiento de asco y a veces vergüenza que genera en ellas infravaloración. El piropo lejos de ser eso que llaman caballerosidad, que no es otra cosa que machismo adornado, es una pérdida de control de sí mismas, en muchos casos una violación de su intimidad y una agresión sexual –sobre todo por el contenido soez y grosero- simbólica, cultural cercana a lo físico.

El siguiente micromachismo es el de la publicidad enmarcado en los grupos de discusión y cristalizado en los programas o contenidos publicitarios, así como series de televisión y películas que tienden a perpetuar los estereotipos de género femeninos tradicionales, continuando con la idea de la mujer subordinada y objeto sexual del varón. En ocasiones hacen mención de cómo el sexo o la libertad sexual que muchos de esos medios quieren hacer creer encubren actitudes machistas y abusivas contra las mujeres, coartando su libertad individual y cosificándolas u objetivandolas –es decir convirtiéndolas en cosas y/u objetos-.

Para finalizar el último micromachismo identificado por los grupos de discusión fué el micromachismo de tipo romántico, el vender lo romántico y el amor romántico como medio, fin y objetivo último de la vida de la mujer, un romanticismo que no es más que una traducción de la puesta en escena de la manipulación emocional de roles tradicionales de género, un relato social que narra la vida al estilo de un cuento de hadas donde ella ha de ser la princesa de tus sueños y él el príncipe azul, dulce y amorosa y él fuerte y protector (Walter, 2010). Este micromachismo también se identifica con los nuevos estilos de vida de la sociedad de consumo, la mercantiliación de la vida íntima, el consumir emociones y el vivir sentimientos consumibles pero encaminados a una dualidad de género en la que las mujeres han de mantener el papel tradicional de subordinación a los deseos del varón (Russell Hochschild, 2008)

Lo que sí tenemos claro es que mientras estos micromachismos no se visibilicen y traten de eliminar de las raíces culturales y en el día a día social la violencia, sea esta visible o invisible seguirá inalterada. Posición que merma de manera directa las oportunidades de paridad, igualdad y mejora de las condiciones de las mujeres. La violencia es sistémica, estructura y endémica, deviene de unos procesos víricos por contaminación socializadora que hacen que la mitad de la humanidad viva en situaciones de clara desventada y falta de derechos. Educar es una de las armas, luchar contra la cultura a veces es como darse golpes contra una pared mientras no se sensibilice a los miembros de esa cultura, hasta que no se les hace ver que el daño de lo que ellos y ellas consideran normal es inmenso, tanto que afecta a todos y todas los miembros de la comunidad, una sociedad desigual es una sociedad sin capacidad de desarrollar de manera correcta, positiva y ética.

Como pequeño ejemplo de herramienta socializadora y sensibilizadora desde las nuevas tecnologías, unos micro espacios del ciberfeminismo o ampliaciones del mismo, podemos referir a aplicaciones para móvil que pretenden sensibilizar en materia de micromachismos y coeducar en la igualdad tal y como la app que está a modo de prueba en la web http://enredatesinmachismo.com/app-para-smartphones/ y que tienen como misión hacer reflexionar al respecto de aquellas actitudes, comportamiento o actos micromachistas. No podemos olvidar la lucha feminista que desde la plataforma Hollaback (http://www.ihollaback.org/), red social que opera en 50 ciudades de 17 países, y que ha lanzado diversas campañas de concienciación para hacer ver cómo las mujeres sufren acoso callejero cuando caminan por las calles de sus ciudades, se esta llevando a cabo,

sus videos que demuestran ese acoso y los piropos como arma sexista son muestra de los micromachismos que se han mencionado en esta reflexión entorno a las microtecnologías de poder, esos micro machismos que tienen como fin sujetar al sujeto viviente, en este caso a la mujer, orientando su posición social a la de subordinación e infravaloración, manteniendo con ello los roles tradicionales de género intactos.

BIBLIOGRAFÍA

Barry, H; Bacon, M.K & Child, I.L. (1995). *Una revisión transcultural de algunas diferencias de sexo en la socialización*"en Velasco, H. (coord.). *Lecturas de antropología social y cultural*. (pp.123-142). Madrid, UNED.

Bonino, L. (1995). *Desvelando los micromachismos en la vida conyugal.* En Corsi, J. (ed). *Violencia masculina en pareja, Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención.* (pp. 191-208). Buenos Aires, Paidós.

Bonino, L. (1996). *La violencia invisible en la pareja*. En *Primeras Jornadas de género en la sociedad actual.* (pp.25-45). Valencia, Generalitat Valenciana.

Bonino, L. (2005). *Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección*, En Ruiz-Jarabo, C & Blanco, P (Coords)., *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*.(pp.230-247). Madrid, Díaz de Santos.

Byung-Chul, H. (2014). Psicopolítica. Barcelona, Herder.

Calero, M.A. (1999). Sexismo lingüístico. Análisis y propuestas ante la discriminación sexual en el lenguaje. Madrid, Narcea.

Carrión, F. (2008). Violencia y medios de comunicación: populismo mediático, en Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana. N°5, pp. 7-10.

Engels, F. (2008). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid, Alianza Editorial.

Ferrer Pérez, V & Bosch Fiol, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación sobre violencia de género. *Anales de psicología*. Vol 21, n°1, pp. 1-10.

Foucault, M (2005 a). Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber. Madrid, Siglo XXI.

Foucault, M (2005 b). Historia de la sexualidad II: El uso de los placeres. Madrid, siglo XXI.

Foucault, M (2005 c). Historia de la sexualidad III: El cuidado de sí. Madrid, Siglo XXI.

Foucault, M (2010). Vigilar y Castigar. Madrid, Siglo XXI.

Furtado, V. (2013). El lenguaje inclusivo como política lingüística de género, en Revista digital de políticas lingüísticas. Vol 5, pp. 48-70.

Gallego Ayala, J. (2010). Eva devuelve la costilla. Nuevo estado de conciencia de las mujeres. Barcelona, Icaria.

García Meseguer, A. (1994). ¿Es sexista la lengua española? Una investigación sobre el género gramatical. Barcelona, Paidós.

Giner, L. (1987). La ballena y el reactor. Barcelona, Gedisa.

Goddard, A & Patterson, L.M. (2005). Lenguaje y Género. Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Gutiérrez-Zorzna, M; Notario Pacheco, B & Martínez-Vizcaíno, V (coord.) (2009). Violencia doméstica contra las mujeres en la prensa escrita. Cuenca, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

Lash, S. (2005) Crítica de la Información. Buenos Aires, Amorrurtu.

Lerner, G. (1990). La creación del patriarcado. Barcelona, Crítica.

Llorente Acosta, M. (2014). Tú haz la comida que yo cuelgo los cuadros. Madrid, Crítica.

Martínez Benlloch, I & Bonilla Campos, A. (2000). Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad. Valencia, Universidad de Valencia.

Martínez García, J. A. (2008). El lenguaje de género y el género lingüístico. Oviedo, Universidad de Oviedo.

Martínez Pérez, A. (2008). El vuelo de la alondra: violencia sistémica y familiar. *Sociedad y Utopía, Revista de Ciencias Sociales*, n°31, pp. 125-140.

Millet, K. (2010). Política sexual, Madrid, Catedra.

Molina, E & San Miguel, N. (coord.) (2009). Nuevas líneas de investigación en género y desarrollo. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

Morace, S. (1993). Origine donna: dal matrismo al patriarcato. Roma, Prospettiva edizioni.

ONU. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General, 20-12.1993 (Doc. G.A. Res. 48/104). Disponible en http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28symbol%29/a.res.48.104.sp?opendocument. [Consultado el 2 de mayo de 2013]

Pateman, C. (1995). El contrato sexual. Barcelona, Antrophos

Penalva, C. (2002). El tratamiento de la violencia en los medios de comunicación. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, n° 10, pp. 395-412.

PÉREZ FERNÁNDEZ, I. (2009). Espacio, identidad y género. Sevilla, Arcibel.

Rivera, M. (1994). Nombrar el mundo en femenino. Pensamientos de las mujeres y teoría feminista. Barcelona, Icaria.

Rubin, G. (1986). El tráfico de Mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Revista Nueva Antropología.* Vol VIII, Nº 30, pp. 123-160.

RUSSELL HOCHSCHILD, A. (2008). La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo. Madrid, Katz.

SANAHUYA, M.E. (2002). Cuerpos sexuados, objetos y prehistoria. Madrid, Cátedra.

SAU, V. (1986). Para una teoría del modo de producción patriarcal. Aportaciones para una lógica del feminismo. Barcelona, Lasal.

SIMÓN, M, E. (2003). ¿Sabía usted que la mitad de alumnos son ciudadanas?. En MARTÍNEZ BONAFÉ, J. (Coord.) (2003). Ciudadanía, Poder y Educación. Barcelona, Graó.

WALTER, N. (2010). Muñecas vivientes, el retorno del sexismo. Barcelona, Turner.

YOUNG, J. (2012). El vértigo de la modernidad tardía. Buenos Aires, DIDOT.

NOVAS CIDADANIA(S), NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES: A FAMÍLIA HOMOPARENTAL EM QUESTÃO

JOSE MANUEL PEIXOTO CALDAS[10]

Resumo

Com as grandes transformações observadas nas últimas décadas no campo da sexualidade, da afetividade e das dinâmicas sociais, a família nuclear, heterossexual, não deve ser mais tida como o modelo único, ou mesmo o padrão referencial, mas apenas como mais uma forma de arranjo familiar. Afinal de contas, o número de mulheres e homens que coordenam sozinhos seus lares junto com os seus filhos é altíssimo. Além disso, cresce a percepção social de que é fundamental reconhecer o direito de casais homossexuais de constituírem uma família e terem filhos.

A maioria dos Países Ocidentais signatários da carta dos direitos humanos têm elaborado políticas públicas que refletem a família a partir de sua função, levando em consideração a solidariedade entre seus membros, o desencadeamento das relações entre eles e a importância no desenvolvimento que cada indivíduo exerce sobre o outro. Não há e não deve haver qualquer juízo de valor acerca de qual a orientação sexual "ideal" dos cônjuges. Ao contrário, deve existir apenas um reforço no papel da família como instituição central para a proteção social.

O (re)arranjo da família atual deve ser celebrado como uma transformação positiva nos padrões e nas relações afetivas, rumo a vivências mais plurais e democráticas. Ou seja, o re-conhecimento de que a divergência de sexo é indiferente para a configuração de uma família.

Palavras-Chave: Homoparentalidade; Configurações Familiares; Cidadania(s); Afetividade.

Estado da Arte

Nas últimas décadas, acentuadas transformações socioculturais têm desafiado a conceção tradicional de família, em que a heterossexualidade é vista como norma. A

[10] Professor Visitante da USP/FAPESP. Investigador Coordenador do CINTESIS – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Email: jmpeixoto@oui-iohe.org

crescente visibilidade social de “novas formas de família” (Almeida, 2008: 15 - 16), e em particular de famílias compostas por pessoas do mesmo sexo ou de parentalidades exercidas por indivíduos que não se auto - definem como heterossexuais, é um fenómeno recente que traz desafios à sociedade e ao direito, nomeadamente o reconhecimento jurídico do direito à diferença e à não - discriminação com base na orientação sexual. A homoparentalidade ilustra este desafio ao ser reivindicada como um direito de família e como um direito sexual e humano. Mas se considerarmos, como afirma Fineman (1993), que o direito é um instrumento de preservação e legitimação de uma ideologia heteronormativa hegemónica, poderá a mobilização social desafiar o próprio direito e contribuir para a reconstrução dos direitos humanos reivindicados pelas minorias sexuais? De que maneira poderá fazê - lo, com que potencialidades e com que limites para a transformação psico-social e político-jurídica?

Poucos países latinos têm se dedicado à análise psico-social e política sobre esta questão, à exceção de Espanha, donde se tem vivido uma verdadeira revolução cultural e de mentalidades. Precisamente em Espanha nos últimos anos se desenvolveu um amplo leque de reformas legislativas que possibilitaram a adaptação jurídica a uma nova conceção das relações familiares e sexuais mais democrática e igualitária. Entre as mais destacadas está a aprovação da Lei 13/2005, com a qual se permite o matrimónio entre pessoas do mesmo sexo e como consequência, outros direitos como a adoção. Desde este preciso momento se assume sócio-juridicamente a existência das famílias homoparentais.

Estas mudanças normativas no campo da diversidade sexual, lograram-se em grande medida pela revindicação dos movimentos sociais LGBT (lésbicas, gays, transexuais e bissexuais). Estas agrupações contribuíram com as suas atividades reivindicativas para a defesa de uma normalização e igualdade de direitos para o coletivo homossexual, o que demonstrou a sua enorme capacidade de influência tanto na esfera pública como política. Rompendo com a visão heterocentrista. Entendendo-se por tal, à crença que é imposta socialmente de que o modelo ideal de afetividade-sexual estaría formado por indivíduos de orientação heterossexual. O heterocentrismo é muitas vezes a base do ideário heterosexista, no qual a maioria de nós crescemos, e que possibilita na nossa sociedade a cumplicidade com discriminação, e na qual a homossexualidade é identificada como um problema sócio-cultural, Maroto (2006) afirma que nascemos num mundo no qual as crenças e atitudes institucionais naturalizam a heterosexualidade como “normal” e a homossexualidade como “anormal”.

A partir da legalização do matrimónio e da adoção por parte dos casais homossexuais intensifica-se o debate mediático e científico entorno da constituição das famílias formadas por pais gays ou mães lésbicas. Sobre esta questão existe já bastante produção científica desde as visões mais conservadoras às mais progressistas. Ambas, focalizam o seu debate na questão sobre a sua capacidade e qualidade no exercício da sua parentalidade em relação ao desenvolvimento psicológico dos filhos/as adotados por estes novos atores sociais. No entanto, desenvolveu-se um consenso entre as comunidades de bem-estar médico, psicológico e social de que as crianças criadas em núcleos homoparentais provavelmente serão tão bem ajustadas como aquelas criadas por pais heterossexuais. A pesquisa de apoio a esta conclusão adevem das inúmeras investigações realizadas no campo da psicologia do desenvolvimento.

Contudo a adoção homoparental é sómente legal em 13 países (veja-se o mapa 1), sendo contudo, proibida pela maioria dos países, embora muitos debates nas diversas jurisdições ocorram para o permitir. Como o assunto muitas vezes não é especificado por lei (ou julgado inconstitucional), a legalização, muitas vezes é feita através de pareceres judiciais.

Mapa 1
Adopção homoparental no Mundo

Fonte: ILGA Internacional Report, 2013

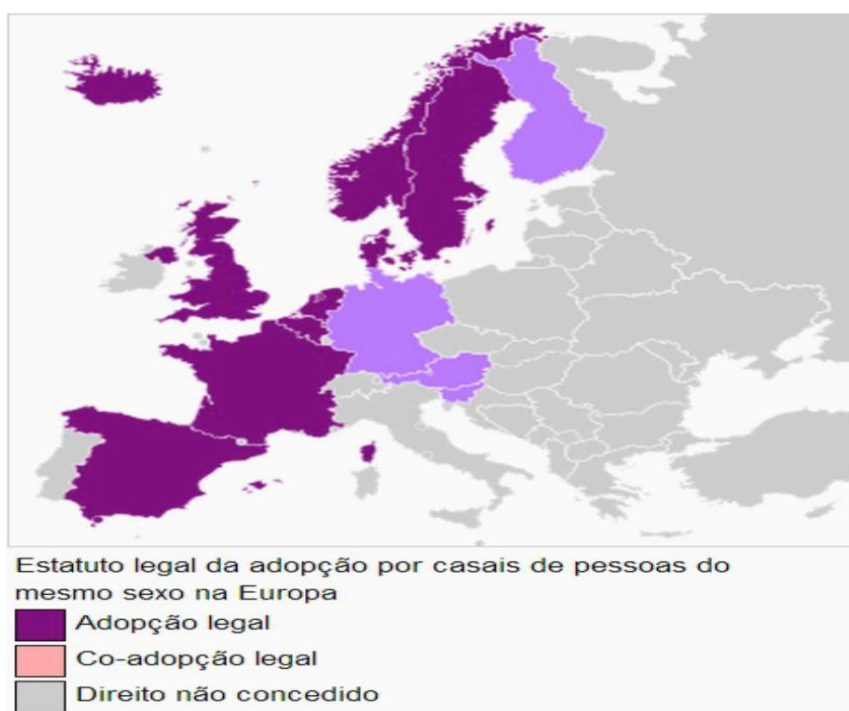
Homoparentalidade: uma cidadania em construção

Europa

Na Europa são oito os países que permitem a nível federal a adoção por casais de pessoas do mesmo sexo, são eles os Países Baixos/Holanda, a Suécia, Espanha, Andorra, a Bélgica, a Islândia, a Noruega e, mais recentemente, entrando a lei em vigor em julho de 2010, a Dinamarca. No Reino Unido a adopção é permitida apenas em Inglaterra e no País de Gales, desde 2005, após entrada em vigor do *Adoption and Children Act* de 2002, e na Escócia, desde 2009, após promulgação do diploma homónimo em 2007.

Quanto à co-adoção, além de permitida nos 11 países e jurisdições europeus já referidos, é também permitida na Alemanha e na Finlândia, com a particularidade de ser apenas possível a co-adoção de filho biológico do companheiro.

Mapa 2

Situação da Adoção Homoparental na Europa

Fonte: ILGA Internacional Report, 2013

Adoção legal a nível nacional

Países onde são permitidas a adoção conjunta e co-adoção homoparentais) **Países Baixos/Holanda** (1 de abril de 2001) – A lei é resultado de uma proposta do Governo de 8 de julho de 1999, alterada diversas vezes em 2000 e assinada para lei a 21 de dezembro de 2000. Entra em vigor no dia 1 de abril de 2001, resultante de Decreto Real de 20 de março de 2001.43 A Holanda torna-se no primeiro país no Mundo a permitir que dois homens ou duas mulheres possam adotar crianças. O casal deve viver junto há três anos e deve ter cuidado da criança há pelo menos um. Inicialmente vedada a possibilidade de adoção internacional, em 2005 a adoção de crianças estrangeiras passa a ser possível.

- Suécia (1 de fevereiro de 2003) – A Suécia tornou-se no segundo país europeu a legalizar a nível nacional a adoção por casais de homossexuais. O comunicado do Ministério da Justiça informa que sob a nova lei que entrou em vigor no dia 1 de fevereiro de 2003, os casais de homossexuais na altura registados em parcerias reconhecidas legais têm os mesmos direitos que casais de pessoas de sexo oposto de se candidatarem a pais adotivos. Adicionalmente, parceiros reconhecidos legalmente e coabitantes do mesmo sexo são também válidos para comporem famílias de acolhimento. No mesmo documento é feita referência à possível impossibilidade de adoção internacional, uma vez que os países com os quais a Suécia coopera partilham comummente de visões diferentes no que diz respeito à homoparentalidade, sendo que as limitações e termos que os países de origem apresentam deverão ser respeitadas

- Espanha (3 de julho de 2005) – Com o objectivo de terminar com todas as discriminações ainda vigentes contra as pessoas LGB, foi apresentada em 2004 no Congresso, pelo Governo de Espanha, uma proposta que defendia no casamento os mesmos requisitos e efeitos fosse qual fosse o sexo dos intervenientes. A proposta foi passada e de acordo com provisões constitucionais a mesma foi levada ao Senado, aonde foram chamados peritos na matéria, apresentando argumentos contra e a favor perante a adoção homoparental e a própria homossexualidade. O Senado vetou a proposta passada pelo Congresso e devolveu-lhe o diploma, onde a 30 de junho de 2005 foi novamente aprovado com 187 votos a favor, 147 contra e 4 abstenções; o veto seria,

consequentemente, anulado, o que implicaria a aprovação do diploma como lei. Após algum mediatismo quanto à possível decisão do Rei Juan Carlos, o mesmo promulga a lei a 1 de julho, que seria publicada no dia seguinte e entraria em vigor no dia 3 de julho de 2005, fazendo de Espanha o primeiro país no Mundo a permitir a adoção por parte de homossexuais sem quaisquer restrições.

- Andorra (7 de julho de 2005) – Andorra aprovou uma lei de uniões civis no dia 30 de junho de 2005 – exatamente no mesmo dia em que foi aprovado o casamento em Espanha – que concede a casais de pessoas do mesmo sexo uma parte dos mesmos direitos concedidos a casais de heterossexuais. Aprovação envolta em alguma polêmica, após o chefe do governo, Albert Pintat, negar que o regulamento aprovado permita a adoção – dizendo que em nenhuma parte o mesmo o refere – deixando-a acessível apenas para casais de pessoas de sexo oposto e a pessoas singulares, e desmentindo Mercè Coll, do Registo Civil de Andorra, que havia já anunciado que a adoção seria permitida. A lei entrou em vigor no dia 7 de julho de 2005 – dois dias depois da entrada em vigor do diploma espanhol – e apesar da lei não mencionar o direito à adoção, a verdade é que esta também não a proíbe. Em Andorra a PMA não está acessível nem a pessoas homossexuais nem a pessoas heterossexuais.

- Bélgica (21 de abril de 2006) – Três anos depois do casamento entre pessoas do mesmo sexo, a Bélgica legaliza a adoção por casais de homossexuais. A medida contou com grande debate político no Parlamento, onde foi votada na generalidade – em dezembro de 2005 – com sete abstenções, 77 votos a favor e 62 contra, seguindo-se a apreciação na especialidade. O diploma foi aprovado com uma margem mínima, contando 34 votos a favor, 33 contra e 2 abstenções na sua votação final no Senado, a 21 de abril de 2006. A adoção é equiparável em tudo à imposta a casais de pessoas de sexo oposto e a pessoas singulares, incluindo a adoção internacional.

- Islândia (27 de junho de 2006) – No dia 2 de junho de 2006 o Parlamento Islandês – o Alþingi – aprovou várias medidas com o intuito de melhorar o estado legal de gays e lésbicas na Islândia, de referir o estatuto de coabitação registada, inicialmente reconhecida em 1996, que passou a garantir direitos totais de adoção – reforçando a co-adoção introduzida em 2000 – e o acesso à procriação medicamente assistida para lésbicas dentro do sistema público de saúde, após a total equiparação da referida união ao casamento. A nova lei entrou em vigor no dia 27 de junho de 2006, tornando a Islândia o segundo país escandinavo a reconhecer na íntegra os direitos e deveres de

homoparentalidade.

- Noruega (1 de janeiro de 2009) – O parlamento norueguês aprovou no dia 11 de junho de 2008 uma nova lei do casamento que permite a união entre pessoas do mesmo sexo, a adoção por homo/bissexuais e a procriação medicamente assistida a lésbicas – seguindo normas muito específicas – num desfecho final de 84 votos a favor e 41 contra. A coligação de três partidos de centro-esquerda no poder e mais dois partidos da oposição – os Conservadores e os Liberais – votaram amplamente a favor do diploma, enquanto os Democratas Cristãos e o Partido Progressista de extrema-direita votaram contra. A Noruega torna-se no terceiro país escandinavo a conceder os mesmos direitos de conjugalidade e parentalidade que a cidadãos heterossexuais. Durante o debate a decisão foi referida tão importante quanto o direito universal do sufrágio e a lei da paridade de gênero. A nova lei entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2009.

- Dinamarca (1 de julho de 2010) – Em 1986 a Dinamarca foi o primeiro país da Europa a permitir a co-adoção numa relação reconhecida legalmente. Após um ano da introdução de proposta sobre a adoção no parlamento, em 2009, a lei fica completa a 4 maio de 2010 com a legalização de direitos totais de adoção para casais de pessoas homo/bissexuais e entrando em vigor no dia 1 de julho de 2010. Votado no parlamento, o diploma aprovado não teve o apoio do governo – uma situação inédita – e foi passada pela maioria da oposição e alguns membros do Partido Liberal-Conservador governante, que permanece numa situação difícil, obrigado a introduzir a lei sem a defender. O Ministro da Justiça informou que o governo permanecerá forte no seu compromisso contrário à medida, e referiu que a mesma seria meramente simbólica, especialmente na área da adoção internacional, uma vez que não há muitos países a permitir que as suas crianças sejam adotadas por homossexuais. O movimento LGBT congratulou-se pelo passo dado e deixa uma mensagem, esperando que no futuro seja uma autoridade qualificada de adoção que decida a aptidão de candidatos para adoção, e não uma legislação rígida como a que passou. a Dinamarca juntar-sé-á aos seus vizinhos escandinavos e torna-se no 10º país no Mundo com leis vigentes concedendo no campo da adoção totais direitos de homoparentalidade.

Adoção legal a nível regional

Países onde são permitidas a adoção conjunta e co-adoção homoparentais mas apenas em certas jurisdições:

- **Reino Unido** (Inglaterra e País de Gales, 30 de dezembro de 2005 / Escócia, 28 de setembro de 2009) – De acordo com nova legislação, qualquer casal casado ou não, do mesmo sexo ou de sexo oposto, pode candidatar-se a adoção conjunta e deverá demonstrar que a sua união é uma relação sólida de família. Esta lei faz parte do *Adoption and Children Act*, um diploma de proteção da adoção e da criança que em Inglaterra e no País de Gales passou a lei em novembro de 2002 e que entrou em vigor no dia 30 de dezembro de 2005, e que na Escócia passou a lei em 2007, após votação em dezembro de 2006 no parlamento escocês, com 101 votos a favor e 6 contra, entrando em vigor a 28 de setembro de 2009. A lei permite a adoção internacional, com a ressalva de que poderá a mesma não ser possível quando os países, das crianças, que não aceitem a homoparentalidade assim o entenderem. A situação na Irlanda do Norte não é ainda clara e carece de debate e informação.

Co-adoção legal a nível nacional

Países que permitem apenas a co-adoção do filho biológico do companheiro:

- **Alemanha** (2005)

- **Finlândia** (2009)

Além de legislação fixa sobre a matéria, há casos pontuais de juízes e tribunais que concedem a adoção e a guarda de crianças a pessoas homo e bissexuais e a casais de pessoas do mesmo sexo, como aconteceu já em França e em Portugal.58 A discussão gerada por tomada de decisão neste sentido coloca-se na possibilidade de precedências que poderão levar ao debate da matéria em adoção homoparental (e consequente reconhecimento legal), quer por via social, política ou judicial.

Adicionalmente, decisões judiciais nacionais são por vezes recorridas e levadas ao Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, que comummente decide a favor dos candidatos homossexuais, e cuja decisão depende maioritariamente das capacidades parentais dos indivíduos, sem discriminação relativa à orientação sexual.

Adoção singular

Tribunal Europeu dos Direitos Humanos (22 de janeiro de 2008) – Alegando que a oposição perante a possibilidade de um indivíduo homossexual adotar incorre contra a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH), o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos estabelece a 22 de janeiro de 2008 um princípio sobre o qual oficiais administrativos não poderão discriminar contra pessoas com base na sua orientação sexual durante o processo de candidatura à adoção de uma criança. Esta decisão promove o desfecho do caso Mouta vs Portugal (1999), alegando que a orientação sexual de um pai é irrelevante na determinação de quem deverá ter a custódia de uma criança. Até este momento França permitia que oficiais administrativos excluíssem indivíduos lésbicas, gays e bissexuais assumidos de se candidatarem à adoção de uma criança, com a decisão do Tribunal a prática foi considerada discriminatória e violante da CEDH. Assim, nenhum Estado europeu pode mais justificar a exclusão de pessoas LGBT de se candidatarem à adoção, um princípio pelo qual a ILGA-Europa (ILGA) – associação ativista europeia dos direitos LGBT – tem lutado por muito tempo: Cada indivíduo deverá ser tratado de forma igual com base no mérito individual como potencial pai aquando da candidatura à adoção de uma criança. A orientação sexual do candidato é irrelevante e não pode ser usada como exclusão do candidato. É do melhor interesse de crianças na Europa e fora da Europa que nenhum potencial pai adotivo seja excluído de consideração por uma razão discriminatória e irrelevante.

África

- África do Sul (10 de setembro de 2002) – O Tribunal Constitucional da África do Sul delega que os casais de pessoas do mesmo sexo deverão ter o direito à adoção. A decisão foi baseada na Constituição do pós-Apartheid, que bane toda e qualquer forma de discriminação baseada na orientação sexual. O caso tinha sido levado a tribunal por um casal de 13 anos de duas mulheres, após uma delas ter sido impedida de adotar os dois filhos biológicos da companheira. Na decisão a juíza refere que a vida familiar pode ser vivida de diferentes formas, tal como contemplado na Constituição daquele país,

estipulando que a estabilidade, o apoio e o afeto expresso como exigência no diploma sobre cuidados infantis pode ser providenciado por pessoas do mesmo sexo em relações estáveis. Seria o mesmo Tribunal que em 2005 estipularia a inconstitucionalidade na proibição do casamento entre pessoas do mesmo sexo, obrigando o Governo a legalizá-lo em 2006.

Médio Oriente/Ásia

Mapa 3

Situação da Adoção Homoparental no Médio Oriente e Ásia

Fonte: ILGA Internacional Report, 2013

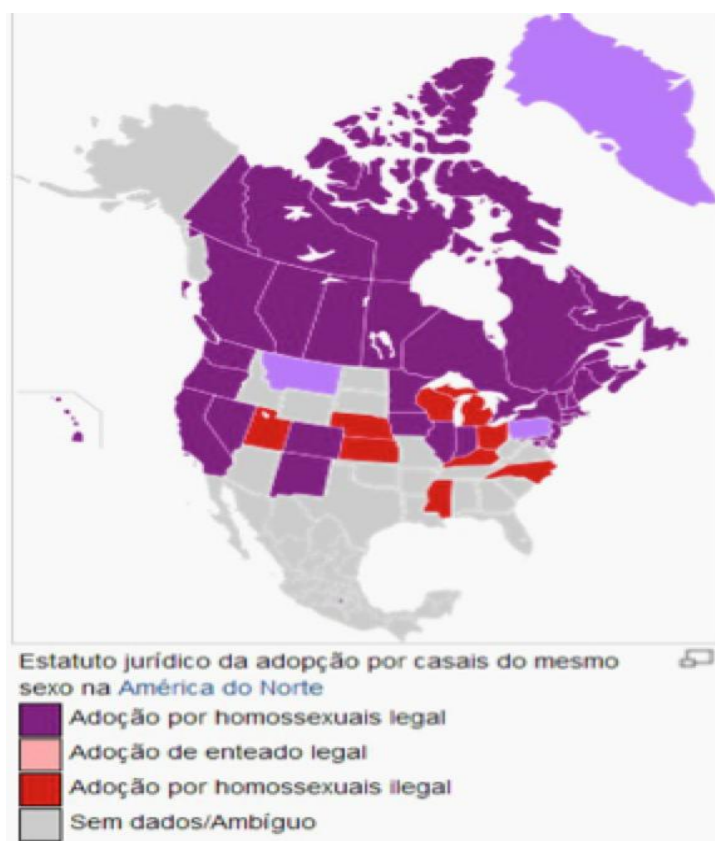
- **Israel** (2008) – Conhecido por estar na linha da frente no que diz respeito a direitos de pessoas LGBT, Israel é o país do Médio Oriente e Ásia que mais proteção concede aos seus cidadãos homo e bissexuais. Com leis que permitem a participação aberta de homossexuais nas Forças Armadas, reconhecidos casamentos celebrados no estrangeiro e uma comunidade LGBT forte, reivindicadora e emergente. O debate político, judicial e social sobre a adoção é reforçado em 2000, quando um casal de lésbicas interpelou pela concedência de direitos parentais sobre o filho biológico de uma das mães, direito

concedido a 29 de maio de 2000, abrindo precedências para outros casos, e assegurando a permissão em 2005 com outra situação. Não existe uma lei geral que legalize a co-adoção, sendo que todos os casos passam por apreciação e decisão do Tribunal de Justiça/Supremo Tribunal. A 10 de fevereiro de 2008 o Procurador-Geral Menachem Mazuz anuncia que os direitos serão reconhecidos e equiparáveis aos dos casais de heterossexuais, medida que foi bem-vinda pelo Ministério da Saúde, possibilitando a adoção conjunta por decisão suprema e pelo Serviço de Saúde da Criança do Ministério da Saúde e Serviço Social.

América do Norte

São vários os estados dos EUA e províncias do Canadá que contemplam na lei a possibilidade de adoção por homo/bissexuais e casais de pessoas do mesmo sexo. Também a Gronelândia, um território comummente associado como sendo europeu, em larga escala pelo domínio dinamarquês, é um território da Placa Norte-americana que em muito assimilou as leis europeias da Dinamarca, tendo em alguma altura na sua história permitido na lei a co-adoção homoparental.

Mapa 4

Situação da Adoção Homoparental nos EE.UU. e Canadá

Fonte: ILGA Internacional Report, 2013

Diferente legislação a nível regional

Países onde as leis sobre adoção e co-adoção podem variar de jurisdição para jurisdição:

Canadá e **Estados Unidos da América**

Não havendo consenso ou legislação a nível federal, os direitos de homoparentalidade estão (tais como os de homoconjugalidade) dependentes das leis internas de cada estado. Atualmente são dez os estados dos EUA que permitem totais direitos de adoção a pessoas LGBT e casais de pessoas do mesmo sexo. Outros dois (o Novo México e o Oregão) permitem a adoção conjunta mas impõem restrições à co-adoção; e o estado da Pensilvânia é o único que reconhece apenas a co-adoção. Muitos estados apresentam lacunas na lei e falta de clareza, sendo difícil compreender o reconhecimento legal na matéria; e nove estados apresentam legislação claramente discriminatória, sendo que o estado da Florida se apresenta como o mais rígido e intolerante, sendo o único estado que proíbe a adopção singular homoparental (o Nebrasca também a proíbe, mas lado-a-

lado com indivíduos heterossexuais), proibindo expressamente a adopção conjunta, e por isso impossibilitando também a co-adopção.

Alguns exemplos da diversidade legislativa refernte ao tema nos EE.UU:

Com Adopção conjunta permitida por exemplo:

- **Califórnia** - Permite a adoção singular, conjunta e a co-adopção homoparentais.
- **Nova Iorque** – Permite a adoção singular, conjunta e a co-adoção homoparentais.

Com Adoção conjunta permitida e co-adoção com restrições:

- **Washington** – Permite adoção singular homoparental. Adoção conjunta homoparental não clara. Co-adoção homoparental permitida em algumas áreas.

Estados com Legislação com falta de clareza:

- **Arizona** – Permite adoção singular homoparental. Não proíbe claramente a adoção conjunta homoparental. Co-adopção homoparental não clara.
- **Kansas** – Permite adoção singular homoparental. Não proíbe claramente a adoção conjunta homoparental. Co-adoção homoparental não clara.

Estados com Legislação discriminatória por exemplo:

- **Michigan** – Permite adoção singular homoparental. Proíbe a adopção conjunta homoparental. Co-adoção homoparental não clara.
- **Mississíppi** – Permite adoção singular homoparental. Proíbe a adoção conjunta homoparental. Co-adoção homoparental não clara.
- **Florida** – Proíbe a adoção singular e conjunta homoparentais.

América Central

Adoção legal a nível regional

Países onde são permitidas a adoção conjunta e co-adoção homoparentais mas apenas em certas jurisdições:

- México: Sendo um país constituído por 31 estados e um distrito federal, o México não contempla legislação sobre homoparentalidade a nível federal, e tal como os Estados Unidos, depende actualmente de leis estatais para o reconhecimento da adopção homoparental. Num país maioritariamente católico da América latina, e com grandes desigualdades internas, o reconhecimento de direitos LGBT parece quase impossível, no entanto, praticável.

Cidade do México (4 de março de 2010) – Com o casamento entre pessoas do mesmo sexo consagrado na lei, concedendo os mesmos direitos e deveres que a um casal de pessoas de sexo oposto, a adoção por parte de casais de homossexuais passa a estar disponível. Aprovada a lei em dezembro de 2009, a mesma entrou em vigor no dia 4 de março de 2010, e tendo sido a legislatura da Cidade do México (Distrito Federal) a passar a lei, a mesma é válida apenas para residentes na Cidade – que poderão apresentar um registo de telefone como prova de residência – apesar de um casamento celebrado dever ser obrigatoriamente reconhecido em todos os outros estados, como manda a lei do país. Enquanto os ativistas do movimento LGBT se encarregam de estender a lei a todo a nação, os conservadores procuram uma forma de fazer passar uma reforma constitucional que impeça que os outros estados tenham de reconhecer casamentos que não se coadunam com as suas leis. David Razu, legislador da Cidade do México que propôs o diploma, referiu estar confiante quanto à proteção da lei pelo Supremo Tribunal. O México tornou-se assim no primeiro país da América latina a conceder o direito de adoção a casais de pessoas do mesmo sexo, ainda que a nível local.

América do Sul

Mapa 5

Situação da Adoção Homoparental na América do Sul

Fonte: ILGA Internacional Report, 2013

Uruguai (2009/ –) – Após aprovação da lei na Câmara dos Deputados a 27 de agosto de 2009 (40 votos favoráveis num total de 59 presentes), o Senado em Montevideu (capital do país) aprovou o projeto no dia 9 de setembro de 2009 – com os votos da Frente Ampla (partido de coligação de esquerda no poder) e da oposição pelo Partido Colorado, tendo outro partido de oposição (Partido Nacional) votado contra – tornando o Uruguai o primeiro país da América latina a aprovar a adoção homoparental a nível nacional, três meses antes da Cidade do México. O diploma, uma reforma do Código da Infância e da Adolescência (aprovado por 17 votos num total de 23), não especifica direitos de homossexuais, mas permite a lei através do direito da criança a uma família, e está acessível a casais constituídos através de uniões civis – acessíveis aos casais de

pessoas do mesmo sexo no país desde 2007. O projeto seguiu para promulgação pelo então presidente Tabaré Vázquez (o primeiro presidente de esquerda do país, que tinha já passado as uniões entre homossexuais e o serviço por homo/bissexuais assumidos nas Forças Armadas), mas não há registo da mesma ter acontecido, talvez devido à polêmica sobre a falta de clareza no texto que refere num ponto que o filho adotivo deverá adotar os apelidos da mãe e do pai que constituem casal, apesar da senadora autora do texto referir que não há intenção contrária à legalização da adoção homoparental. A falta de promulgação da lei faz com que a mesma não esteja ainda em vigor.

Argentina (julho de 2010) – No dia 15 de julho de 2010 a Argentina legaliza o casamento entre pessoas do mesmo sexo, após um extenso debate de mais de 10 horas no Senado com uma multidão de apoiantes e manifestantes contra a iniciativa no exterior do edifício. Aprovado com 33 votos a favor, 27 contra e 3 abstenções, fica registada como uma votação que dividiu todas as bancadas dentro dos próprios partidos. A Presidente Cristina Kirchner apoiou a decisão, enquanto a Igreja Católica se posicionou fortemente contra e organizando campanhas contra a iniciativa. Juntamente com a lei do casamento ficam contemplados todos os direitos, responsabilidades e protecções a que casais de pessoas de sexo oposto têm acesso, incluindo totais direitos de adopção. A Argentina tornou-se no 1º país da América Latina a legalizar a nível nacional o casamento entre pessoas do mesmo sexo, a lei deverá seguir para publicação oficial após a qual entrará de imediato em vigor; se tal acontecer, deverá tornar-se também no 1º país da América Latina a estabelecer na prática o reconhecimento de direitos de homoparentalidade a nível nacional.

Brasil – A adoção de crianças por casais homoafetivos, se destacam na área jurídica, e evolui com diversas opiniões sobre esse assunto que gera tanta polêmica.

Existem alguns casos onde juízes concederam a adoção para um ou outro indivíduo homossexual, porém o que gera tanta polêmica, é o aspecto da adoção por casais homoafetivos. Esse tipo de adoção não depende apenas da aceitação passiva da sociedade, mas também impõe que o juiz ao deferir a adoção, reconheça com fundamentos jurídicos, que existem laços familiares nesses relacionamentos, e justamente nesse ponto há uma forte barreira de ordem legal.

Exemplo

12 • O PAÍS — O GLOBO — Quarta-feira, 28 de abril de 2010

STJ autoriza adoção por casal homossexual

Permissão, para duas mulheres no RS, é a 1ª do tipo no país e abre precedente para outros juízes decidirem o mesmo

Fábio Fabrini

• BRASÍLIA. Pela primeira vez na História, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) autorizou, ontem, a adoção de crianças por um casal homossexual. Em decisão unânime, os quatro ministros da Quarta Turma negaram recurso ao Ministério Público do Rio Grande do Sul, que questionava o direito de duas mulheres de Bagé criarem dois irmãos biológicos, nascidos em 2002 e 2003. Eles argumentaram que, em casos dessa natureza, devem prevalecer o bem-estar e o interesse dos menores. A determinação abre precedente para que juízes e desembargadores de todo o país sigam o mesmo entendimento.

Conforme os autos, a psicóloga Luciana Reis adotou primeiro as duas crianças, quando ainda eram bebês. A companheira dela, Lídia Guteres, com quem vive desde 1998, apresentou pedido posteriormente, argumentando que tem melhores condições sociais e financeiras. Com isso, poderia dar mais garantias e benefícios aos dois irmãos. Além da herança, eles teriam direito a plano de saúde e pensão, em caso de separação.

— Agora, ficou mais fácil para os casais protegerem as crianças de modo justo — disse Lídia.

A Justiça gaúcha foi favorável ao pedido do casal em primeira e segunda instâncias, reconhecendo a entidade familiar formada por pessoas do mesmo sexo e o direito à adoção. Justificou que estudos estrangeiros não apontam inconveniência na criação de crianças por homossexuais, sendo mais importante o vínculo afetivo entre pais e filhos.

Ao STJ, o Ministério Público gaúcho alegou que a união entre casais dos mesmo sexo é apenas uma "sociedade de fato", reconhecida para objetivos patrimoniais, como a definição da herança em caso de morte do parceiro. O direito à adoção feriria princípios da Constituição e do Código Civil.

Relator do caso na Quarta Turma, o ministro Luís Felipe Salomão ressaltou que laudo de assistente social recomendou a adoção e, em parecer, o Ministério Público Federal (MPF) não se opôs. Ele explicou que o afeto entre as crianças e suas mães é incontroverso e que a maior preocupação delas é melhorar as condições de criação:

— Esse julgamento é muito importante para dar dignidade ao ser humano, para o casal e para as crianças.

Na sessão de ontem, os ministros chegaram a questionar qual seria o futuro dos dois irmãos em caso, por exemplo, de morte da responsável: em vez de continuarem sob a guarda de uma família, poderiam ser entregues a um abrigo.

O presidente da Quarta Turma, ministro João Otávio de Noronha, antecipou-se a eventuais críticas de que o Judiciário, em decisões como a de ontem, estaria extrapolando sua função:

— Não estamos invadindo o espaço legislativo, não estamos legislando. Toda construção do direito de família foi pretoriana: a lei sempre veio a posteriori. ■

Fonte: ILGA “Grupo Gay da Bahia”, 2013

A Constituição Federal, de um lado não permite a discriminação, e do outro, admite que um relacionamento familiar só pode ocorrer ente um homem e uma mulher, afastando a hipótese de que as partes de uma união homossexual masculino ou feminino,possam ser entendidos como esteios de uma família.

Constituição Federal – art.226: Art.226 – A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. §3º – Para efeito da proteção do Estado é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento. §4º – Entende – se também, como entidade familiar, a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

Porém, o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), dispõe: Lei nº8.069/90 Art.19 – Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio de uma família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

A lei é bastante clara quando expressa que uma família é formada por mãe ou pai, e filhos, não reconhecendo como família, a união homoafetiva. “O tratamento igualitário independe da orientação sexual, pois sexualidade é elemento integrante da própria natureza, e abrange a dignidade humana, devendo todas as pessoas exigir respeito ao livre exercício da sexualidade, não admitindo restrições”(DIAS,2010,P.360). Para concluir, se formos observar apenas o lado jurídico, os pedidos de adoção por esses casais deveriam ser indeferidos, pois não exite nenhuma disposição legal que trate diretamente sobre esse assunto. Devemos lembrar que os casos onde juízes deferiram a adoção, não

foi levado em conta leis que permitiam, mas apenas reflexão e princípios do próprio magistrado. Também, o ECA deixa claro que uma criança ou adolescente pode ser adotado por uma família, e a Constituição Federal não reconhece a união entre pessoas do mesmo sexo como família, por isso, a adoção por esses casais não deveriam acontecer.

Reflexões finais

Tentamos traçar de forma o mais concisa possível e através de uma narrativa sócio-histórica a situação atual da família homoparental, como uma nova cidadania em construção.

Apesar do pseudo-otimismo dos dados, algumas situações convidam-nos a continuar trabalhando contra a discriminação dos casais do mesmo sexo e suas respetivas famílias:

- Fortalecer a luta contra a discriminação política-jurídica, sócio-laboral e a estigmatização no seio da família extensa (avós, tios, primos , etc.)
- Adaptar materiais e conteúdos escolares às novas realidades familiares, que não só incluam famílias homoparentais, mas também mães e pais solteiros de modo a propociar uma cultura de equidade em contexto de diversidade afetivo-sexual.
- Reforçar o papel das Políticas Inclusivas de OMS e ONU na defesa da garantia dos direitos humanos das novas cidadanias.

Referencias bibliográficas

Alberdi, I. (1999). La nueva familia española. Madrid: Taurus.

Arranz, E., y Oliva, A. (2010). Diversidad Familiar y Desarrollo Psicológico. Madrid: Ediciones Pirámide.

Averett, P., Nalavany, B., y Ryan, S. (2009). An Evaluation of Gay/Lesbian and Heterosexual Adoption. Adoption Quarterly, 12(3-4), 129–151.

doi:10.1080/10926750903313278

Bailey, J. M., Bobrow, D., Wolfe, M., y Mikach, S. (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. Developmental Psychology, 31, 124–129.

Donoso, S. (2002). Epílogo: La familia lésbica. En Herdt, G. y Koff, B., Gestión familiar de la homosexualidad. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Farr, R. H., y Patterson, C. J. (2013b). Lesbian and gay adoptive parents and their children. En A. Goldberg y K. R. Allen (Eds.), LGBT-Parent Families: Innovations in Research and Implications for Practice (pp. 39–55). New York: Springer.

Fitzgerald, B. (1999). Children of Lesbian and Gay Parents: A review of the Literature. Marriage y Family Review, 29, 57–75.

Flaks, D. K., Ficher, I., Masterpasqua, F., y Joseph, G. (1995). Lesbians choosing motherhood: a comparative study of lesbian and heterosexual parents and their children. Developmental Psychology, 31, 105–114.

García, A., y Martínez, P. (2005). Adopción homoparental, un nuevo modelo de familia. Infocop, 24, 3–8.

Goldberg, A. (2010). Lesbian and Gay Parents and Their Children: Research on the Family Life Cycle. Washington, DC: American Psychological Association.

González, M.-M. (2004). Crecer en familias homoparentales. Una realidad polémica. Infancia Y Aprendizaje, 27, 361–373.

González, M.-M. (2005). Homosexualidad y Adopción. Entre la ciencia y el prejuicio. Infocop, 24, 16–19.

González, M.-M., Chacón, F., Gómez, A., Sánchez, M.-Á., y Morcillo, E. (2002). Dinámicas familiares, organización de la vida cotidiana y desarrollo infantil y adolescente en familias homoparentales. En Estudios e investigaciones 2002 (pp. 521–606). Madrid: Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.

González, M.-M., Díez, M., López, F., Martínez, E., y Morgado, B. (2013). Diversidad familiar y estrategias de conciliación en Andalucía. Proyecto DIVERSIA. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de la Presidencia e Igualdad.

González, M.-M., y López, F. (2005a). Familias homoparentales y adopción conjunta: entre la realidad y el prejuicio. En J. A. del Río (Ed.), Matrimonio y Adopción por personas del mismo sexo (Vol. XXVI). Madrid: Cuadernos de derecho judicial. Consejo General del Poder Judicial.

González, M.-M., López, F., y Gómez, A. B. (2010). Familias Homoparentales. En E. Arranz y A. Oliva (Eds.), Desarrollo Psicológico en las Nuevas Estructuras Familiares (pp. 101–120). Madrid: Ediciones Pirámide.

González, M.-M., Morcillo, E., Sánchez, M.-Á., Chacón, F., y Gómez, A. (2004). Ajuste psicológico e integración social en hijos e hijas de familias homoparentales. Infancia y Aprendizaje, 27, 327–343.

ILGA. (2013). Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe – 2013. Recuperado em 2 dezembro, 2014, de http://www.ecoi.net/file_upload/90_1369137411_ilga-europe-annual-review-2013.pdf

Maroto, A.L. (2006). Homosexualidad y trabajo social: Herramienta para la reflexión e intervención profesional. Madrid: Editorial Siglo XXI.

Pedreira, J. L., Rodríguez, R., Seoane, A., y Martín, L. (2008). Parentalidad y homosexualidad: de la ideología a la metodología. Monografías de Psiquiatría, 20, 55–65.

Pennington, J., y Knight, T. (2011). Through the lens of hetero-normative assumptions: re-thinking attitudes towards gay parenting. Culture, Health y Sexuality, 13(1), 59–72.

Pichardo, J. I. (2009). (Homo)sexualidad y familia: cambios y continuidades al inicio del tercer milenio. Política Y Sociedad, 46(1 y 2), 143–160.

Ryan, S. (2007). Parent-Child Interaction Styles Between Gay and Lesbian Parents and Their Adopted Children. Journal of GLBT Family Studies, 3(2-3), 105–132. doi:10.1300/J461v03n02_05

O MITO DA TEORIA PURA DE DIREITO E OS SEUS REFLEXOS PARA O ESTADO DE DIREITO E ÀS DIFERENÇAS [11]

CÁSSIUS GUIMARÃES CHAI [12]

Resumo:

Abordar aspectos da teoria pura do direito e seus reflexos para uma democracia entre livres e iguais considerando uma prática jurídica que tende a coincidir a legitimidade do poder e da estruturação e da organização sociais com os limites da legalidade, propondo um exercicio crítico por uma nova visão do Direito que seja includente e que assuma a possibilidade da diferença como igualdade.

Palavras-chave: teoria pura do direito. Liberdade. Diferenças. Democracia.

Introdução

A Teoria Pura do Direito se propõe enquanto a afirmação de que o Direito por sua condição deontológica, normativa, tem como seu elementar essencial ordenar a conduta humana de modo sistêmico, e como tal se reproduz, não devendo ser tratado segundo a lógica moral, pois, moral não seria, como não o seria política e nem qualquer outra coisa que não direito. Como tal, caber-lhe-ia primeiro organizar a sociedade e operar a validade das decisões da vontade do Estado, assim como do reconhecimento pelo Estado sobre a aceitação da manifestação da vontade dos indivíduos, concendendo-lhes liberdades ou lhas negando.

Defendendo, portanto, a ideia de que o Direito não é religião, não é política, a Teoria Pura do Direito contribuiu para a formação de uma mentalidade jurídica positivista que conduziu à última ratio o princípio da legalidade, diante de uma exigência interna por objetividade e exatidão, o que possibilita distorções semânticas na aplicação do próprio direito e legitimando segregações sociais por categorias e ou estigmatização de classes *sociais*.

[11] Texto degravado e revisado pelo expositor.

[12] Professor Adjunto de Direito Público junto à Universidade Federal do Maranhão. Membro do Ministério Público do Estado do Maranhão e coordenador acadêmico internacional do Global Mediation Rio. CV lattes (Cássius Chai).Trabalho apresentado à XII Jornada Apoiar do Instituto de Psicologia – USP – A Clinica Social: propostas, pesquisa e intervenções. Agradeço ao eminente professor pos-doutor Gilberto Safra, Chefe do Departamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, à professora pos-doutora Leila Tardivo, coordenadora da Jornada Apoiar e aos professores doutores Dora Salcedo e Manoel Peixoto Caldas, a oportunidade do diálogo transdisciplinar e o enfrentamento de desafios comuns ao Direito e à Psicologia, em especial a construção do sujeito e sua localização no mundo.

O mito da pureza fundado na firme repulsa à uma perspectiva sociológica e aos postulados ético-políticos, permitiu a densificação de uma mentalidade que visa afastar a tomada de consideração de variáveis sociológicas para basear uma interpretação normativa pondo em flagrante paradoxo o próprio princípio da subsunção, adequação do fato à norma escrita.

Assim, o mundo do dever ser, e não o mundo do ser, é por sua intenção um mundo idealista, ou seja, inscreve-se no campo do ideal quando o real não deveria ser como se apresenta. – É possível, então, afirmar-se que a norma como expressão do que deve ser, do hipotético, contrapõe-se ao real porquê este real não deve ser legitimado com a aceitação social cultural, e impõe-se sua substituição pela conduta que em seu lugar de realidade deveria ser.

A criação do sujeito ideal, portanto, é uma possibilidade que se inscreve ou que se pode inscrever na trama normativa dos jogos democráticos. Essa ambiguidade semântica da ***trama***, atende para os sentidos da trama como tecido social e como trama de ação subreptícia. Neste texto, tal ambiguidade aprisiona o sujeito ou o liberta aprisionando-o.

1. O Sujeito de Direito, o paradoxo e a Direfença: desafios ao psicólogo clínico social

Na afirmação de que todos são iguais perante a lei, o suposto de uma igualdade formal deve sair do foco exegético e permitir sua substituição pela intelecção de que exatamente porque há diferenças é que se constitue a igualdade. Assim, ser igual é admitir a inata diferença que permeia e constitue todo ser social.

Significa dizer que o marco teórico pelos olhos de quem enxerga um sentimento de justiça, que para alguns possa receber o adjetivo qualificativo de justiça social, essa justiça social sempre será enxergada da perspectiva de uma falsa pureza do direito. Recorre-se aqui a um conceito que compartilhado: não existe neutralidade científica, não existe imparcialidade.

Quando se enxerga o mundo, enxerga-se-lho a partir de um horizonte de sentidos, observa Gadamer em Verdade e Método.

Aqui então, propõe-se o diálogo que já foi mencionado, tangenciado pelo segundo expositor da manhã que foi o querido professor Jesus, da Universidade de Sevilha. *“¿Es correcto, señor ?”* Quando disse que a psicologia é um método, e de fato é um método.

Não há uma receita pré estabelecida que servirá para todos os enfrentamentos, para todos os casos concretos. E isso permite, inclusive, aceitar a reflexão e a inflexão de um trecho de uma peça de Bertolt Bretch, quando ele diz *"the rule does not exist before the case is decided."* A norma jurídica não existe sem que o caso não seja decidido.

Resulta que norma-atividade, ou seja, uma atividade de uma norma que estabelece o que é aceitável e que pode estigmatizar aquilo que, historicamente, em um marco temporal, esta sociedade repulse como não sendo legítimo exercício do poder, nos permite que reconstruamos em um permanente processo de tensão em que dois vetores são em sua natureza antagônicos.

Se por um lado teremos e almejamos a igualdade, igualdade de gênero, igualdade em condições sociais, ainda que admitamos o conceito teórico, a teoria conceitual de que inexiste gênero, naturalizadamente, ou seja, gênero é uma criação social – tese posta pela professora Almudena.

Segundo ponto, se admitimos a procedência dessa tese, também não podemos negar que o direito naturaliza todas as coisas possíveis e que a nossa capacidade de espírito tem a possibilidade de aprender e introjetar e reproduzir e refletir como conhecimento elaborado o mundo de sentidos.

Qual o papel estaria, então hoje, reservado também aos psicólogos que praticam a psicologia clinica?

Que papel estaria reservado ao psicólogo ? Eu diria: passem a integrar, passem a fiscalizar os discursos normo-genéticos da lei. Acompanhem o processo legislativo. Lacan, mudando de foco a percepção cartesiana, *je pense óu je ne suis pas,* já que Descartes disse, deixando como herança: "penso, logo existo", exorta a uma mudança de paradigma.

Uma democracia não pode conviver apenas com esse suposto teórico cartesiano, porque isto marca, aprofundiza e legitima, como tradição, a segregação em todos os níveis possíveis de uma categorização socrática. Tanto da posição na sociedade, do sujeito, quanto daquele lugar em que quem não pensou foi ali colocado. E por isso Lacan nos convida a um ruptura desse modelo de pensamento, de posição no mundo que é. "Eu sou ainda onde eu não penso" (Lacan). Significa dizer uma democracia precisa conviver com a possibilidade de que mesmo quem não participa do debate político não seja eliminado juridicamente. E

Em palavras finais, em referência ao professor Plauto Faraco de Azevedo que ensina “se o economicamente vulnerável, ele é economicamente improdutível, ele pode ser socialmente eliminado.” Convido, então, que meus companheiros dessas ciências sociais que se apresentam na faceta da ciência social aplicada que é a psicologia clinica porquê quer propor e ocupar o lugar na sociedade e nas instituições como, primeiro: legítimo discursor da percepção e para além da percepção da construção do sujeito social que se coloque também dentro das instituições políticas e auxiliem o debate que nos faz pessoas.

Não custa lembrar e agradecendo a sua generosidade e pedindo desculpa por avançar um minutinho no tempo, para concluir definitivamente nesse momento, dizer a teoria da constituição é algo interessante, vem do verbo constituir e o direito nos diz que somos todos iguais perante à lei. Olha só que interessante a ambiguidade semântica: pra que eu me torne um sujeito de direito, eu tenho que primeiro assumir uma condição indissociável de submissão ao direito. Eu só posso emergir no plano jurídico como pessoa se eu me sujeitar à carga estrutural semântica conceitual do direito. A questão é: quem institucionaliza essa carga semântica e de que modo ela é institucionalizada? Se os senhores não participarem desse discurso, não adianta pensar na construção do sujeito de uma boneca que não sabe se posicionar no mundo porque ela não tem o discurso da alteridade. E se vocês não ocuparem esse lugar, quem vai ocupar é o judiciário, como diz Ingeborg Mauss, como o superego da sociedade, judicializando todas as tensões políticas de uma construção de uma identidade que deve nutrir em nós, encerrando, o sentimento de pertencimento que é mais forte que o sentimento de acolhimento. Muito obrigado”.

TRABALHOS COMPLETOS PAINEIS

ARTIGOS LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL

SER E FAZER

A IMPORTÂNCIA DO CONCEITO DE CAMPO NO PROCEDIMENTO DE AMBROSIO E VAISBERG

FABIANA FOLLADOR E AMBROSIO[13]

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG[14]

Resumo

A centralidade ocupada pelo conceito de campo de sentido afetivo-emocional, em pesquisas qualitativas sobre a eficácia clínica de enquadres diferenciados, demanda sua apresentação e fundamentação teórico-metodológica, objetivo a que se propõe o presente trabalho. Tal iniciativa se justifica na medida em que forjamos, a partir deste conceito, um procedimento de acompanhamento de intervenções clínicas, com o intuito de favorecer tanto a comunicação entre pesquisadores que fazem uso da psicanálise, segundo diferentes vertentes pós-freudianas, como entre estudiosos que aderem a outras abordagens teórico-metodológicas de caráter compreensivo.

Palavras-chave: pesquisa com método psicanalítico, avaliação de resultados terapêuticos, estilo clinico ‘Ser e Fazer’, campos de sentido afetivo-emocional

Temos usado o método psicanalítico em três diferentes tipos de pesquisa:

- no estudo da potencialidade mutativa de enquadres clínicos;
- no estudo de imaginários coletivos sobre grupos usualmente vítimas de preconceito e exclusão social e
- no estudo da experiência emocional de grupos discriminados.

Nestes três tipos de investigações, adotamos um modo de operacionalização do método psicanalítico, baseado na distinção entre quatro diferentes tipos de procedimentos investigativos, a saber: 1) procedimento investigativo de *configuração* do acontecer

[13]Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Membro do grupo de pesquisa USP/CNPq "Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade".
[14] Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora da “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e do NEW- Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

clínico; 2) procedimento investigativo de *registro* do material clínico; 3) procedimento investigativo de *interpretação* do material clínico e 4) procedimento investigativo de *interlocução reflexiva*. Esses procedimentos correspondem a etapas do processo de produção de conhecimento, cujo objetivo consiste em facilitar a comunicação entre pesquisadores qualitativos, que adotam diferentes tipos de abordagem teórica. Tal providência parece-nos valiosa numa época em que prevalece a ideia de que a pluralidade teórico-metodológica não é sintoma de debilidade no campo das ciências humanas, antes o contrário.

Na presente comunicação focalizaremos o primeiro tipo de pesquisa, destacando a importância do conceito de *campo* na criação do *Procedimento de Ambrosio e Vaisberg*, um procedimento de acompanhamento de intervenções clínicas, fundamentado no estilo clínico ‘Ser e Fazer’.

A Pesquisa sobre Potencialidade Mutativa de Enquadres Clínicos

Os novos desafios, colocados pela clínica psicológica contemporânea, têm sido recebidos com coragem e seriedade por pesquisadores e profissionais que se empenham na invenção de enquadres diferenciados e no exame de seu poder de beneficiar indivíduos e coletivos, em vertentes psicoterapêuticas e preventivas. Nesse cenário, as pesquisas sobre potencialidade mutativa de enquadres clínicos parecem-nos indispensáveis.

Entre os psicoterapeutas que adotam a perspectiva psicanalítica, a invenção de novos enquadres tornou-se uma necessidade frente aos desafios da clínica contemporânea. Esses reconhecem que o enquadre padrão freudiano, configurado, após o abandono da teoria da sedução, para que todas as narrativas apresentadas pelo paciente pudessem ser escutadas como sonhos ou fantasias, que se atualizariam na transferência, não é hoje o mais indicado para a imensa maioria dos casos. Para tais profissionais e pesquisadores, o exame da eficácia clínica dos enquadres diferenciados constitui-se como imperativo ético, uma vez que há que se mostrar que que tratamentos psicoterapêuticos geram benefícios. Nesse panorama, a possibilidade de demonstração

de sua potencialidade mutativa é fundamental, uma vez que se encontram em jogo investimentos emocionais e econômicos.

Evidentemente, sabemos que a clínica, ainda que repouse em conhecimentos científicos, está muito próxima do que poderíamos designar como 'arte' de encontro inter-humano. Existe atualmente uma grande convergência, entre psicoterapeutas, para além das fronteiras propriamente psicanalíticas, no sentido do reconhecimento de que o principal elemento, a favorecer mudanças, seria a própria relação que se estabelece entre pacientes e terapeutas – e não um conjunto de técnicas e procedimentos. Contudo, o fato do sucesso terapêutico depender, predominantemente, da relação não faz da clínica um acontecer caótico e sem sentido, mesmo que cada psicoterapia seja, de certo modo, absolutamente singular. Deste modo, não estamos impedidos de produzir balizas sobre quais seriam os rumos mais promissores na busca dos objetivos terapêuticos – que, diga-se de passagem, são sempre definidos de acordo com as perspectivas antropológicas subjacentes às diferentes abordagens teóricas. Tampouco estamos impedidos de examinar com rigor os atendimentos realizados, em busca de sinais acerca do que propicia e do que dificulta o êxito do processo.

É no contexto de tais convicções que temos trabalhado, há quase duas décadas, no âmbito de um serviço universitário conhecido como 'Ser e Fazer': Enquadres Clínicos Diferenciados, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Nossa proposta consiste em criar e avaliar clinicamente enquadres diferenciados, tais como as oficinas psicoterapêuticas de criação, as oficinas para desenvolvimento de capacidades e as consultorias terapêuticas, entre outros.

Todos os enquadres do estilo clínico Ser e Fazer seguem linhas gerais que se inspiram no jogo winnicottiano do rabisco. Dentre estes, destacam-se as chamadas oficinas psicoterapêuticas de criação, que se definem, fundamentalmente, pela apresentação de materialidades mediadoras, pela adoção do *holding* como intervenção fundamental e por ser ocorrem preferencialmente em grupo (AIELLO-VAISBERG, 2003). As materialidades são escolhidas mediante dois critérios: pelo fato do terapeuta com elas manter um vínculo amador e por serem dotadas de suficiente amorfia (WINNICOTT, 1971), o que visa favorecer a gestualidade criadora. Ao longo dos anos têm sido realizadas oficinas de arranjos florais, de arte de papel, de teatro espontâneo, de bordados e outras tapeçarias, de velas ornamentais e de esculturas, entre muitas outras. Vale notar que cada oficina é definida por uma única materialidade, o que facilita que se

constitua como um mundo transicional relativamente simplificado (AIELLO-VAISBERG, 2004; AMBROSIO, 2005).

Por outro lado, o trabalho propositivo tem sido completado por uma busca muito ativa de formas pelas quais os benefícios possam ser clinicamente avaliados. Temos desde sempre reconhecido que a construção de procedimentos, que guardassem convergência teórica e epistemológica com as bases que fundamentam os enquadres, coloca-se como exigência indispensável. Nesse sentido, nunca nos contentamos, na avaliação de benefícios das intervenções psicológicas, com depoimentos dos participantes - que poderiam ter satisfeito colegas que trabalham a partir de uma perspectiva fenomenológica -, nem com os inúmeros instrumentos que são usados em numerosas pesquisas, desde uma perspectiva que preza o cultivo de um certo tipo de objetivismo. Respeitamos tais iniciativas mas tememos que o acontecer, concebido como comunicação emocional em campo transferencial, não seja devidamente captado por meio destes tipos de abordagem. Todavia, nunca deixamos de louvar esforços dirigidos à avaliação de psicoterapias, na medida em que suspeitamos de colocações segundo as quais estas consistiriam numa forma de encontro inefável – o que, se verdadeiro fosse, não permitiria sua consideração como atividade profissional.

O Procedimento de Ambrosio e Vaisberg

Em nosso percurso de criação e avaliação de enquadres clínicos diferenciados, temos passado por diferentes etapas. Inicialmente, ocupamo-nos, em nossas pesquisas, com a apresentação das propostas –as oficinas psicoterapêuticas de criação, consultorias, entrevistas psicoterapêuticas e outras – e da enunciação de suas características fundamentais. Mesmo nesse primeiro momento, voltado à organização e execução do projeto, sentíamos que nos faltava uma argumentação acerca de sua eficácia clínica mais confiável do que os depoimentos dos próprios pacientes e a percepção de melhoras num plano sintomático, bastante próximo das queixas motivadoras da busca de atendimentos psicológicos (AIELLO-VAISBERG, 2007). Numa segunda etapa, propusemo-nos a forjar uma forma de avaliação coerente com nossos pressupostos de trabalho.

Nesse processo, focado na questão da avaliação de benefícios clínicos, teve lugar uma grata percepção, cujos contornos foram se fazendo cada vez mais claros. Deste modo, reconhecemos que já contávamos com uma estratégia que permitiria acompanhar o devir de um processo terapêutico, que se fundava no uso do conceito de campos de sentido afetivo-emocional, concebidos como regiões intersubjetivas que podem se constelar no espaço terapêutico justamente porque também estão na base das interações cotidianas entre indivíduos e coletivos (AIELLO-VAISBERG, 1999, 2007; AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008)[15]. Demo-nos conta de que as nossas supervisões já consistiam, exatamente, na apreciação de deslocamentos – ou permanências – relativos aos campos transferenciais que se podem constelar sucessivamente. Contudo, chegamos a uma concepção mais formalizada de um *procedimento de acompanhamento de intervenções clínicas* por meio da elaboração da tese de doutorado de Ambrosio (2013).

Constituídos a partir de um conjunto de regras – ideias, crenças, valores, sentimentos, pensamentos – que podem ser apreendidas e deduzidas como organizadores lógico-emocionais, *campos de sentido afetivo-emocional* são a matéria originária, o fundamento sustentador das condutas humanas.

Tais regras tomam forma e se expressam no encontro com o psicanalista que, por sua vez, cria interpretativamente os *campos*. Afirmamos, portanto, que os *campos* não são entidades que preexistem, de modo absoluto, sob forma ontologicamente independente, aguardando para serem descobertas e decifradas pelo psicanalista, mas sim, que são criados/encontrados na relação, guardando, dessa forma, uma natureza absolutamente vincular, inclusive porque a presença do profissional é parte integrante do campo transferencial.

Se olhamos para os *campos de sentido afetivo-emocional* a partir de um certo vértice, devemos dizer que são produzidos interpretativamente, de modo que aos *campos* corresponde o movimento de criação/encontro dos múltiplos sentidos possíveis das condutas. Por outro lado, não haveria valor em estuda-los se não apresentassem nenhuma transcendência em relação ao que se constela diante do psicólogo/psicanalista. Temos aqui, portanto, um paradoxo que deve ser aceito: os campos são criados

[15] O que se passa no encontro terapêutico é sempre concretização de condutas e campos que podem se fazer presentes na vida dos pacientes. Deste modo, campos transferenciais são sempre (re)apresentação de campos de sentido afetivo-emocional que se constelam no âmbito das interações concebíveis numa dada sociedade.

interpretativamente, no encontro, mas também estão lá, na realidade social. Assim, o momento interpretativo exige uma postura fenomenológica por parte do psicanalista para colocar em marcha o método psicanalítico, concretizado pela atenção livremente flutuante e pela associação livre de ideias. Por outro lado, a visão concreta e crítica exige o reconhecimento de que os campos só se constelam no espaço terapêutico porque correspondem também a substratos subjacentes a interações que acontecem de fato nas interações humanas, no cotidiano, na vida social.

Sendo assim, os *campos de sentido afetivo-emocional* podem ser compreendidos como regiões de sentido, que se configuram a partir de regras e ordenação próprias, para se constituir como substrato afetivo-emocional de todas as condutas humanas. Portanto, parece correto defini-los como mundos habitados, mais ou menos permanentemente, por indivíduos e coletivos humanos (AIELLO-VAISBERG & AMBROSIO, 2006). Se fizéssemos um comparativo, poderíamos dizer que os *campos* seriam como lugares que já visitamos - por exemplo um parque, um museu, uma praia, uma prisão, um convento, um hospital, cada qual com suas características peculiares. Imaginemos que estamos sentados em um banco em cada um desses lugares: mirando a praia, podemos experienciar tranquilidade, terror, incômodo, só para mencionar algumas possibilidades, dado que os sentidos são sempre pessoais. Já acomodados em um banco em um hospital, podemos ser transportados para emoções ligadas à espera de nascimentos, ao enfrentamento de momentos difíceis ligados à doença ou morte, à logística ligada a tarefas. Na verdade, as pessoas, nesta perspectiva, estão sempre habitando mundos de sentidos afetivo-emocionais, que tanto se conformam ao acontecer presente como atualizam memórias de experiências passadas e aspirações voltadas ao futuro.

Assim, na medida em que pudemos identificar que já praticávamos uma estratégia de acompanhamento de intervenções clínicas, percebemos que já contávamos com condições de maturidade para formalizar um procedimento, que serviria tanto para avaliar eficácia clínica, como para nortear intervenções psicanalista[16] e organizar supervisões. Deste modo, nasceu o *Procedimento* ‘Ser e Fazer’ *de Acompanhamento de Intervenções Psicoterapêuticas* – ou Procedimento de Ambrosio e Vaisberg -, cuja realização demanda o cumprimento de duas etapas:

---

[16] Vale aqui lembrar que mesmo quando o enquadre demanda apenas *holding*, como intervenção, este deve atender necessidades e exigências emocionais que emergem no campo de sentido afetivo-emocional. Não é o mesmo prover sustentação num campo de doença física grave ou num campo de escolha profissional, por exemplo.

1. A criação/encontro dos *campos de sentido afetivo-emocional*
2. A apreciação da ocorrência de trânsito entre campos

Deste modo, conjugam-se a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional com a averiguação da ocorrência – ou não – de *trânsito entre os campos*. O trânsito entre campos é, neste contexto, o elemento norteador da demonstração de mudanças advindas de intervenções psicoterapêuticas.

Vale a pena mencionar que o Procedimento apresentado é rigorosamente coerente com o método psicanalítico, o que exige o desprendimento de crenças e teorias e a adoção de uma atitude de abertura à expressão do outro. Sendo assim, permite a produção de conhecimento compreensivo sobre as experiências emocionais, podendo ser empregado por pesquisadores que não participaram dos encontros clínicos, por meio da apreciação de registros.

Nesse sentido, compreendemos que o material clínico a ser considerado, para a produção interpretativa dos *campos de sentido afetivo-emocional,* pode ser registrado sob diversas formas. Ainda que prefiramos utilizar narrativas transferenciais, a verdade é que o Procedimento de Ambrosio e Vaisberg se presta ao estudo de transcrições de entrevistas gravadas, relatos de encontros, depoimentos em documentários fílmicos e tantas outras maneiras de registrar o material clínico, adotadas por pesquisadores de diferentes abordagens teóricas, que valorizem a produção de conhecimento compreensivo na psicologia.

Entretanto, uma importante observação se faz necessária: independentemente do modo que esteja registrado o material clínico, quem usará o Procedimento 'Ser e Fazer' *de Acompanhamento de Intervenções Psicoterapêuticas* será sempre um psicanalista, que deverá ater-se ao cerne do método: sua natureza interpretativa, concretizada pelos estados de atenção flutuante e de associação livre. Assim, este Procedimento pode ser considerado uma rigorosa operacionalização do método que, entre outras virtudes, facilita tanto a formação e supervisão de profissionais, como a organização de pesquisas qualitativas e seu debate entre pesquisadores. Articula-se, evidentemente, a partir do conceito de campo que, usado em nosso meio por Herrmann (1979), foi definido como uma generalização do conceito de inconsciente.

O Conceito de Campo como Fundamento Conceitual do Procedimento de Ambrosio e Vaisberg

O conceito de campo tornou-se muito conhecido no Brasil a partir dos trabalhos de Fabio Herrmann (1979), cuja obra ficou conhecida como Teoria dos Campos (MONZANI & MONZANI, 2008; HERRMANN, 2004). Mestre e discípulos afirmam que o termo foi utilizado pelo brasileiro de modo independente, o que não causa estranheza se lembrarmos que certas ideias amadurecem em determinadas épocas históricas, podendo assim ser formuladas por diferentes pessoas e grupos relativamente isolados uns dos outros. De todo o modo, vale salientar que o conceito herrmanniano de campo é definido como uma generalização do conceito de inconsciente – ideia absolutamente instigante para aqueles que, valorizando a perspectiva concreta, sempre viram com olhos críticos o modelo do aparelho psíquico. Entretanto, cabe lembrar que muito antes de ser desenvolvido por Herrmann (1979), tal conceito já aportara na psicanálise latino-americana pelas mãos de Willy e Madeleine Baranger (1961; 1969) e de Bleger (1963), certamente influenciados por Pichón-Riviere, que efetivamente utilizou a noção de campo a partir de seus estudos sobre *Gestalt* (BERNARDI, 2009). Nos escritos de Baranger e Baranger (1961; 1969), o conceito de campo visou, desde sempre, uma melhor compreensão da transferência e da contratransferência, desde uma perspectiva alinhada com as contribuições da escola kleiniana:

> La concepción del campo dinámico que surgió durante la estadía de Willy y Madeleine Baranger en Uruguay fue esencialmente una concepción teórico-técnica de la práctica clínica. Buscó conceptuar los fenómenos centrales del análisis, entendido como el encuentro profundo de dos subjetividades intensamente comprometidas en la tarea de promover las transformaciones psíquicas del analizando. La noción de campo dinámico ofreció un nuevo contexto que permitió articular nociones generales del psicoanálisis, como transferencia, contratransferencia, resistencia, interpretación etc., con los fenómenos ocurridos en la experiencia psicoanalítica concreta (Benardi, 2009, p. 200).

Entretanto, parece-nos inegável que foi exatamente na obra de Bleger (1963), que o conceito de campo ganhou maior amplitude, na medida em que foi tomado como base para a proposição de uma psicologia dramática da conduta, inspirada em Politzer (1928). Neste contexto de teorização, que produz um saber que inclui mas transcende a psicoterapia psicanalítica, para delimitar a experiência afetivo-emocional humana como objeto de estudo, o conceito de campo integra uma parceria indissociável com o próprio conceito de conduta (AIELLO-VAISBERG & MACHADO, 2008). Nesta perspectiva, o encontro analítico, apesar de suas evidentes singularidades, é apenas um caso particular daquilo que constitui a própria carne do modo humano de ser: campos relacionais, cujo caráter é afetivo-emocional, constelam-se continuamente, no viver humano, e não apenas durante sessões de psicanálise. Os campos são produzidos pelas interações entre indivíduos e grupos e se tornam, por sua vez, um fundo existencial a partir do qual emergem novas condutas.

Nesta linha de pensamento, só conseguimos modificar condutas quando deixamos de habitar o(s) campo(s) a partir do(s) qual(is) essas emergem – para habitar novos campos, para transitar por diferentes campos. Ainda muito próximo do inconsciente recalcado, nutrindo possíveis simpatias pelo inconsciente estrutural, Herrmann (1979) compreensivelmente imaginou que os campos deveriam sofrer rupturas para deixarem de ser eficazes. Não deixou, contudo, de notar que muito rapidamente o que fora rompido podia ser rapidamente restaurado. Outra é a nossa visão, certamente influenciada por nosso interesse por questões tais como discriminação, preconceito e exclusão social. Assim, entendemos que um campo deixa de ser habitado quando podemos transitar rumo a outros campos – sendo possível sonhar com a possibilidade de que campos nefastos venham a se tornar desérticos à medida em que possam vir a prevalecer formas mais solidárias e éticas de sociabilidade.

Hoje, ao propor um *procedimento de acompanhamento de intervenções clinicas* centrado no conceito de *campo de sentido afetivo-emocional*, no intuito de avaliar a potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, reconhecemo-nos numa continuidade com algumas ideias centrais de Baranger e Baranger (1961; 1969). No entanto, não podemos deixar de enfatizar que nosso raciocínio se torna claro e mais facilmente comunicável, no diálogo com pesquisadores não psicanalistas, graças à visão

blegeriana[17].

De acordo com Bleger (1963), atender às exigências de uma psicologia concreta e dramática, no sentido politzeriano do termo, corresponde a admitir que as manifestações humanas não são meras exteriorizações do psiquismo individual, mas emergentes de campos relacionais, cujo caráter é fundamentalmente intersubjetivo, relacional e não consciente. Temos usados, em várias pesquisas, a expressão "*campos de sentido afetivo-emocional*" para designar com maior precisão o que Bleger (1963) denomina como *campo psicológico*, que distingue do campo da consciência – que seria uma pequena porção do campo psicológico -, e do campo ambiental, compreendido como aquilo que pode ser visto por um observador relativamente externo ao acontecer em jogo em uma dada situação. Tais campos, vale notar, são o fundo a partir do qual emergem todas as manifestações de conduta que, por seu turno, produzem novos campos.

Os *campos de sentido afetivo-emocional* apresentam caráter inconsciente, não no sentido do recalcado freudiano, mas na medida em que são concebidos, à moda fenomenológica, como pré-reflexivos. Como sabemos, o inconsciente recalcado surge como noção, na teorização freudiana, no contexto da postulação de um aparelho psíquico. Este corresponde a um modelo especulativamente concebido, cujo caráter é notavelmente abstrato. Em outros termos, fenômenos clínicos, que consistem em interações entre subjetividades, ainda que interpretados durante a sessão, são explicados, no contexto metapsicológico, de acordo com uma construção que se inspira, de modo nítido, na física clássica. Ora, é exatamente contra esta *démarche* que se coloca Politzer (1928), criticando pioneiramente seu caráter reducionista, mediante o qual o humano seria grosseiramente objetivado. Por outro lado, o filósofo não deixou de reconhecer que o criador da metapsicologia lançou fundamentos que possibilitam compreender o acontecer humano em primeira pessoa, ou seja, como vida, que não é pura biologia, mas experiência humana.

Fica assim, claro, que o *campo de sentido afetivo-emocional*, derivado da perspectiva concreta blegeriana, não se confunde, em momento algum, com o inconsciente recalcado. Por outro lado, pode, sim, ser compreendido num registro pré-reflexivo, pré-representacional. Deste modo, não nos surpreendemos ao encontramos, na obra em que funda a psicologia psicanalítica da conduta, indicações de que o campo, de

[17] O conceito de campo tem sido retomado recentemente por vários autores, dentre os quais cabe destacar Antonino Ferro, que busca articular o conceito de campos de Baranger e Baranger (1961; 1969), com contribuições winnicottianas e bionianas.

que aí se trata, derive de visões da psicologia da *Gestalt*, que tinham sido estudadas por Merleau-Ponty (1945), autor que usa as contribuições de Politzer (1928) e que foi, por seu turno, estudado por Bleger (1963).

O conceito de campo parece ocupar um lugar importante no pensamento merleaupontyano, sendo mesmo considerado o pilar organizador de parcela expressiva de sua filosofia (Tiemersma,1987). Este tipo de pensamento, nascido na física como teoria do campo eletromagnético, teria sido posteriormente adotado por estudiosos de diferentes disciplinas que se posicionam contra reducionismos analíticos. Destaca Tiemersma (1987) que a transposição de um modelo de uma área de conhecimento para outra não é de todo incomum, sendo geralmente motivada por analogias e semelhanças que a imaginação humana pode atribuir aos próprios fenômenos. O poder heurístico deste tipo de operação não deve ser subestimado, mas cuidados importantíssimos devem ser tomados, para que reducionismos inaceitáveis não tenham lugar. Assim, podemos compreender que, no que tange à noção de campo, uma transposição, da física para a psicologia, bastante interessante do ponto de vista teórico, tenha exigido importantes adaptações, que os *gestaltistas* não se furtaram a realizar.

Entretanto, somente Merleau-Ponty (1945) teria assumido mais completamente as consequências do uso da noção de campo na psicologia, tomando a iniciativa de *adicionar uma dimensão existencial às categorias gerais da teoria de campo*. Esta importante modificação do conceito tornaria sua filosofia uma base valiosa para construção de conhecimento cientifico sobre fenômenos e sobre atos humanos, segundo perspectivas que criticam e repudiam o pensamento mecanicista (Tiemersma,1987). Sendo este o propósito de Bleger (1963), não nos surpreende constatar que tenha percebido que uma teoria filosófica de campo, de caráter fenomenológico, poderia revelar-se particularmente fecunda no desenvolvimento de uma psicológica dramática e compreensiva voltada ao estudo de indivíduos e coletivos. Compreendemos, portanto, porque Bleger, psicanalista e marxista assumido, possa ser considerado, para além do que declarava, como um fenomenólogo (SARTRE, 1974).

Podemos, assim, finalizar esta exposição, lembrando que tanto o Procedimento de Ambrosio e Vaisberg, como o conceito de campo de sentido afetivo-emocional, que se alinham à psicologia concreta da conduta, que se enraíza na psicanálise rio-platense clássica, podem afirmar plena atualidade clínica e investigativa no contexto da virada relacional, que definiu expressiva parcela do trabalho psicanalítico do final do século XX e

início do século XXI, conforme convergência sinalizada, a nosso ver correta e apropriadamente, por Liberman (2014). Tal alinhamento e tal enraizamento, conjugado com o poder heurístico que o Procedimento de Ambrosio e Vaisberg vem demonstrando, na clínica e na pesquisa qualitativa, animam-nos a prosseguir nossos estudos.

Referências Bibliográficas

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999) Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. *Tese de Livre Docência.* Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003). Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. Psicologia-USP, 14 (1), 95-128.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). Os Enquadres Clínicos Diferenciados e a Personalização/Realização Transicional. In T.M.J. Aiello-Vaisberg e F.F. Ambrosio Caderno Ser e Fazer: Brincar. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Acessível em www.serefazer.psc.br.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2007). L'Evaluation des Effects de l'Art-Thérapie Winnicottienne. In Richard Forrestier L'Evaluation in Art-Thérapie: Pratiques Internationales. Paris, Elsevier Masson.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; AMBROSIO, F.F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. Em Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Ambrosio, F.F. (orgs.). *Imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo, SP: Cadernos Ser e Fazer, 2006. p. 05-08.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; MACHADO, M.C.L. (2008). Pesquisas psicanalíticas de imaginários coletivos à luz das Teorias dos Campos. In Monzani, J. & Monzani, L.R. (Orgs.). Olhar: Fábio Herrmann, uma viagem psicanalítica. (pp. 311-324). São Carlos: Editora Pedro e João Editores.

AMBROSIO, F.F. (2005) *Ser e Fazer - Arte de Papel: uma oficina inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AMBROSIO, F.F. (2013). O Estilo Clínico “Ser e Fazer” na Investigação de Benefícios Clínicos de Psicoterapias. Tese de Doutorado. Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

BARANGER, M.; BARANGER, W. (1961-62): 'La situación analítica como campo dinámico', Revista Uruguaya de Psicoanalisis. IV, 1, 3- 54.

BARANGER, M.; BARANGER, W. (1969): Problemas del campo psicoanalítico. Buenos Aires: Ed. Kargieman.

BERNARDI, B.L. (2009). Introducción al trabajo de Madeleine y Willy Baranger: La situación analítica como campo dinámico. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 108: 198–222.

BLEGER, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidos, 2003.

FERRO, A. (2013). Campo Analítico: Um Conceito Clínico. Porto Alegre, Artmed.

HERRMANN, F. (1979). O Método Psicanalítico. São Paulo, EPU.

HERRMANN, L. (2004). Andaimes do Real: A Construção de um Pensamento. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LIBERMAN, A. (2014). StephenA.Mitchell y el Psicoanálisis Rioplatense “Clásico” (Bleger): Algunas Convergencias. Clínica e Investigación Relacional, 8 (1):51-60.

MERLEAU-PONTY, M. (1945) Phenomenologie de la Perception. Paris, Gallimard.

MONZANI, J. e MONZANI, L.R. (orgs) (2008). Olhar: Fabio Herrmann – Uma Viagem Psicanalitica. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH. UFSCar.

SASTRE, C.L. (1974). *La psicologia, red ideológica*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

TIEMERSMA, D. (1987), Merleau-Ponty's philosophy as a field theory: Its origin, categories and relevance. *Man and World*. October 1987, Volume 20, Issue 4, pp. 419-436.

WINNICOTT, D.W. (1971).Playing and Reality. London, Tavistock.

REINTEGRAÇÃO FAMILIAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOLHIDOS INSTITUCIONALMENTE- PROJETO RESGATE ÀS FAMÍLIAS

ADRIANA CASASSA SCHOENDORF

SHAIENIE MONISE LIMA

TANIA AIELLO-VAISBERG

Resumo

A presente comunicação tem como objetivo apresentar o Projeto Resgate às Famílias, que vem sendo desenvolvido no contexto institucional dedicado ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes que sofrerão violação de direitos atualmente garantidos, do ponto de vista jurídico, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Traze-lo a público, em evento científico, justifica-se na medida em que podemos contribuir, pelo relato de uma experiência concreta e atual, com o debate acerca de um importante problema brasileiro: o fato de parcela significativa da infância, em nosso país, estar marcada por negligência e maus tratos.

Palavras-Chave: Abrigo, Convivência Familiar, Winnicott, Família e Reintegração Familiar.

Em um país atravessado por profundas desigualdades sociais, no qual parte considerável da população vivem em condições materiais extremamente desfavorecidas, um grande número de crianças e adolescentes são tratadas com negligência e abandonadas. Tal situação configura-se, deste modo, como problema social de grande magnitude, que mobiliza vários setores da sociedade civil.

A partir das últimas décadas do século passado, este problema, que não é de modo algum novo, passou a receber um tratamento juridicamente diferenciado, enquanto nossas práticas de acolhimento institucional começaram a ser implantadas.

Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Segundo Trivellato, Carvalho e Vectore (2013), a infância brasileira, pertencente às camadas populacionais subalternas, vem sendo recorrentemente submetida a negligência, abandono e maus tratos desde a colonização portuguesa. Os modos pelos quais a sociedade tratou esta questão tem variado ao longo do tempo, desde a época dos

chamados orfanatos, sustentados como ações de filantropia e caridade, vinculadas à organizações religiosas, até os atuais abrigos, que se apresentam como entidades sem fins lucrativos, que recebem verbas do poder público, doações de pessoas físicas e jurídicas bem como rendas auferidas em iniciativas tais como bazares beneficentes ou vendas de artigos de sua própria produção. Se os primeiros consideravam os usuários como beneficiários dos sentimentos caritativos de pessoas religiosas, num registro claramente assistencialista, os segundos devem subscrever uma visão segundo a qual os abrigados seriam cidadãos com direitos garantidos pelo estado (Adrião, 2013).

Um ponto destacado, no processo de transformação da criança e do adolescente abandona desde a posição de um beneficiário passivo, à mercê da assistência filantrópica para outra, em que tem direitos de cidadania reconhecidos, pode ser encontrado na Constituição Federal de 1988. Nela percebemos uma inflexão importante, na medida em que estabeleceu que a família, a sociedade e o estado seriam responsáveis pela asseguração dos seguintes direitos a crianças e adolescentes: à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. A estes se acrescentou, no mesmo documento, o direito de estarem a salvo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

Na esteira da consideração do problema em âmbito constitucional, derivaram esforços no sentido da produção de legislação específica, mediante a qual os princípios estabelecidos em 1988 pudessem ser aplicados. Neste contexto, foi possível chegar à aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA (Adrião, 2013).

Evidentemente, o reconhecimento constitucional dos direitos de crianças e adolescentes e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA são importantes passos na luta contra o desamparo infantil e adolescente. Entretanto, por si só não operam milagres, na medida em que não tem poder de interferir nas condições sociais e econômicas geradoras da miséria, em que surge o problema. Deste modo, deve prosseguir uma luta, a ser travada em pelo menos duas frentes: 1) naquela relativa a mudanças politicas que possam ensejar verdadeiras transformações sociais e econômicas 2) naquela relativa ao cuidado de crianças e adolescentes que são, hoje, vítimas de abandono e desamparo. Diferentes movimentos sociais militam em uma e/ou outra dessas frentes.

No momento, focalizamos uma experiência que se desenrola no âmbito da segunda frente, vale dizer, comprometida com o cuidado direto a crianças e adolescentes que não contam com proteção familiar para atendimento de suas necessidades – que são também direitos, do ponto de vista jurídico. Assim, vamos focalizar uma experiência específica, que se define como cuidado psicossocial que visa reintegração de crianças e famílias abrigadas em suas famílias.

De acordo com o documento Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (2009), texto conjuntamente elaborado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA e pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, o abrigo institucional é assim definido:

Serviço que oferece acolhimento, cuidado e espaço de desenvolvimento para grupos de crianças e adolescentes em situação de abandono ou cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. Oferece atendimento especializado e condições institucionais para o acolhimento em padrões de dignidade, funcionando como moradia provisória até que seja viabilizado o retorno à família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para família substituta (p. 29).

Um interessante aspecto considerado neste documento, diz respeito ao grau de autonomia da criança ou adolescente envolvido em situações que requerem permanência em abrigo institucional. Neste mesmo material construído pelo para sistematizar tal serviço de alta complexidade, há discussões a respeito da autonomia da criança e do adolescente, que se encontra em tal situação. Percebe-se uma tendência a valorizar a escuta das pessoas abrigadas, num esforço de levar em conta aspectos tais como suas preferências e interesses pessoais, relativos a atividades a serem desenvolvidas na comunidade, ou sobre o próprio processo de reinserção familiar e desligamento da instituição.

Por outro lado, é importante lembrar, tendo em vista uma correta percepção do se atualmente se encontra em jogo, a elaboração do chamado Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (Brasil, 2006). Sua leitura indica a assunção de um posicionamento que prioriza a convivência familiar e comunitária, com objetivo de garantir os direitos das crianças e adolescentes de forma integrada e articulada.

O quadro que traçamos, até o momento, parece suficiente para demonstrar que as políticas públicas definidas neste Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (Brasil, 2006) valorizam, de modo inegável, a inserção de crianças e adolescentes aos ambientes familiar e comunitário. Consequentemente, caberia aos serviços de acolhimento um empenho no sentido de favorecer o retorno da criança/adolescente ao convívio familiar e comunitário, evitando, desta maneira, o rompimento dos vínculos familiares. Apenas em situações extremas, caracterizadas por total impossibilidade de restauração de laços familiares, estaria justificada a substituição o objetivo de retorno à família original pelo encaminhamento à família substituta.

Reintegração Familiar de crianças e adolescentes- Resgate às Famílias

Como vimos, ainda que a Constituição de 1988 (Brasil,1988) reconheça a responsabilidade do estado e da sociedade, no amparo e proteção aos indivíduos em fase de desenvolvimento infanto-juvenil, a família é convocada a assumir uma posição protagonista, arcando com inúmeros deveres. Assim é que instrumentos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Brasil,1993), reverberam, convenientemente esta diretriz. Ora, é no bojo desta visão, que busca evitar institucionalização, que iniciativas como aquela de que aqui nos ocupamos fazem pleno sentido.

O Projeto Resgate às Famílias, aqui focalizado, está inserido na Associação Beneficente ABID, entidade assistencial sem fins lucrativos, da cidade de Indaiatuba. Coexistem, na mesma instituição, três projetos: Projeto Resgate às Famílias, Projeto Acolher e Projeto de Vida, este último voltado à adoção. O objetivo do Projeto Resgate às Famílias é o de contribuir para que a família se reorganize, viabilizando o retorno da criança e do adolescente à convivência familiar.

Vale salientar que as famílias das crianças e adolescentes abrigados apresentam predominantemente as seguintes características: alta vulnerabilidade e risco social, violência doméstica, dependência de álcool e/ou outras drogas, gravidez na adolescência – sem nenhuma estrutura ou preparação para maternagem, baixa qualificação profissional e desemprego, entre outras situações de desproteção.

No período de Julho de 2013 a Junho de 2014, o Projeto Resgate às Famílias, da

Associação ABID, atendeu 33 crianças, sendo 17 do sexo masculino e 16 do sexo feminino. Os motivos dos acolhimentos eram drogadição (12), negligência (10), violência física (3), abuso sexual (2), fragilidade familiar (2), tráfico (2), problemas mentais (1) e abandono (1).

A diretriz que pauta o acolhimento, nesta instituição, é a da priorização de um trabalho de reintegração familiar, que se realiza a partir de estudo cuidadoso de cada caso. Assim, o primeiro contato com a família deve ser realizado com o objetivo de compreender o motivo que originou a medida protetiva e conhecer a rede pessoal e de serviços de que a família é usuária.

A rede pessoal engloba os vínculos pré-existentes ao acolhimento, incluindo tanto a família de origem/biológica quanto a extensa/ampliada. Ou seja, a família não se define apenas em termos de consanguinidade, para incluir outras pessoas que mantenham relação de afinidade, cuidado e proteção significativos à criança e ao adolescente.

O fato dos profissionais estarem preparados para não assumir atitudes judicativas não impede, como seria de se esperar, que as famílias apresentem certa resistência ao tratamento. Tal fato não surpreende, uma vez que o afastamento de uma criança pode gerar grande sofrimento, por vários motivos, desde a privação da convivência até sentimentos de culpa, compreensíveis na medida em que vivemos em uma sociedade na qual a parentalidade se exerce em contexto familiar. Os profissionais procuram diminuir movimentos de resistência assumindo atitudes abertas e acolhedoras, buscando evitar pré-julgamentos, bem como escutar de modo ético e respeitoso pessoas que, de um ou outro modo, estão vivenciando situações de angústia.

A nosso ver, este acolhimento às famílias, cujos filhos se encontram abrigados, pode ser pensado como um *holding*, vale dizer, como sustentação e como amparo (Winnicott,1965). Nos encontros entre profissionais e familiares, favorecemos a criação de um espaço de escuta para aqueles que dificilmente tem voz.

Assim, a equipe funciona como um apoio para família com o objetivo de transmitir segurança para que possa compartilhar as dificuldades relativas ao cotidiano e até mesmo a história geracional. Esta última é importante para melhor compreensão da dramática vincular familiar que vem se constituindo durante anos.

Quando a equipe consegue demonstrar à família qual o tipo de trabalho está sendo proposto e o quanto deseja tê-la como parceira, no processo de tentativa de superação das dificuldades, descortinam-se perspectivas mais promissoras no sentido do direcionamento da criança ao convívio familiar. Observamos, em nossa experiência, que trabalho desenvolvido com estas famílias permite a identificação de alguns aspectos facilitadores: 1) a aceitação do acompanhamento/orientação por parte das famílias; 2) uma razoável articulação com a rede sócio-assistencial, com destaque para o Centro de Atenção Social Álcool e Drogas (CAPSAD); 3) a realização de reuniões para discussões de caso na rede de atendimento, que ajuda na articulação do trabalho com a rede conforme as necessidades da família; 4) a disponibilidade da instituição em possibilitar acesso a outros municípios, com objetivo de realização de estudo social das famílias pretendentes à guarda da criança 5) empenhos institucionais concretos na capacitação técnica da equipe, visando sua melhor qualificação 6) articulação positiva entre a equipe do Projeto Resgate às Famílias com os técnicos do Cartório para consulta de processo, dúvidas ou até mesmo agilização burocrática e 7) proximidade e diálogo com o juízo e promotoria da Comarca do município. Pode-se, assim, concluir, diante do exame destes pontos facilitadores, que o projeto depende de diversos fatores para ter sucesso no trabalho.

A partir do contato com cada caso, a equipe técnica orienta-se de maneira a produzir, juntamente com a família, um Plano Individual de Atendimento - PIA, no qual é traçado um percurso de trabalho a ser realizado com o intuito de garantir o direito da criança/adolescente ao convívio familiar e comunitário. Tal plano envolve, usualmente, o desenvolvimento trabalhos de orientação social e psicológica, de modo a realizar ações voltadas à manutenção dos vínculos familiares e superação das dificuldades.

Um dos papéis da equipe do abrigo é fortalecer a família, tendo sempre o cuidado de preservar e estimular seu papel ativo na tomada das decisões. Ou seja, a família será ajudada a se tornar mais autônoma no que diz respeito aos cuidados que deve oferecer aos filhos, superando assim, as dificuldades antes enfrentadas.

A equipe do abrigo deve amparar a família, auxiliando-a a perceber melhor que direitos estava negando a seu filho e incentivando-a a participar da construção de um plano para a superação das dificuldades. Será também incentivada a se manter informada sobre a rotina de seu filho, o desenvolvimento escolar, físico, emocional e as relações estabelecidas por ele. Manter hábito de visitas regulares e frequentes, contribuir na

manutenção da relação familiar parece evitar o empobrecimento afetivo que, como sabemos, é uma defesa psicológica que, como todas, visa evitar sofrimentos.

Quando a reintegração familiar pode ser concretizada, proteção institucional de alta complexidade é deslocada, passando a ser assumida por outros serviços da rede de atendimento, que já estavam participando do processo de trabalho durante a vigência do atendimento de “resgate” e que, daí para a frente, seguirão presentes no cotidiano familiar.

Segundo Winnicott (1984), é indispensável que a unidade familiar ofereça segurança indispensável para o saudável desenvolvimento da personalidade e emocional do indivíduo. Assim, a equipe técnica do serviço de acolhimento deve ajudar a família se constituir como um ambiente suficientemente bom, vale dizer, capaz de responder de modo criativo às necessidades da criança/adolescente, favorecendo, deste modo, o estabelecimento dos alicerces da saúde mental, presente e futura.

No período de um ano o Projeto Resgate às Famílias teve como resultados de trabalho o direcionamento de 14 crianças para família extensa/ampliada e de 8 crianças para família substituta, enquanto 11 crianças permaneceram institucionalizadas. Além disso, duas crianças voltaram a morar com os seus genitores. Finalmente, a equipe também se ocupou do acompanhamento de duas mudanças de guarda, da família extensa para os genitores, durante o período de acompanhamento. Ambos os casos, que descrevemos a seguir, foram exitosos.

As mudanças de guarda, ambas intermediadas pela equipe do abrigo, que identificou esta necessidade. Num dos casos, a situação de uma criança, inicialmente direcionada à casa da avó paterna, foi reavaliada num sentido que recomendava retorno da guarda aos genitores, o que foi providenciado pelo poder judiciário. Vale notar que a rede de atendimento apresentou certa resistência em relação a este retorno, em função de temores acerca da capacidade materna de sustentação de um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança. Porém, por meio de reuniões da equipe com a rede e de intervenções em relação ao caso, a rede de atendimento findou por acolher a família e aos poucos passou a reconhecer que os genitores estavam dando os cuidados necessários à criança, demonstrando estarem em processo de superação das dificuldades antes vivenciadas.

O outro caso correspondeu a a mudança de guarda da tia paterna para o genitor, motivada por questões de saúde da tia, que recebeu diagnóstico de doença grave, requerendo tratamento radioterápico intensivo, o que não lhe permitia prosseguir cuidando do sobrinho. O genitor, que antes era visto com certo descrédito pela rede, demonstrou capacidade de superação das dificuldades, adesão aos serviços da rede de atendimento e responsabilidade em garantir os direitos da criança, suprindo suas necessidades. Esses casos de retorno, desde a família extensa para a para a família biológica têm demonstrado sucesso nos acompanhamentos das famílias.

As maiores dificuldades encontradas no âmbito do Projeto Resgate às Famílias associou-se ao uso de drogas pelos genitores ou responsáveis. Esta condição de dependência química dificultou claramente o trabalho de preparação parental para reinserção da criança no meio familiar, pela complexidade dos problemas que envolvem este tipo de psicopatologia.

Considerações Finais

Neste período, conseguimos executar as ações do Projeto Resgate às Famílias, focando no melhor interesse da criança. O apoio às famílias que aderiram ao trabalho trouxe importantes superações de vivências traumáticas e sofridas. Embora não tenha havido, em alguns casos, possibilidade de retorno das crianças/adolescentes ao convívio familiar, a equipe técnica do abrigo atuou de forma a preservar a convivência comunitária das crianças. Nesta linha, cuidou, por exemplo, de dar continuidade de estudos na mesma escola, a fim de não quebrar os vínculos estabelecidos, bem como de iniciativas tais como passeios culturais e facilitação de convivência com amigos que não encontram-se institucionalizados.

A atuação da equipe certamente afeta favoravelmente a qualidade de vida das famílias, que vivenciaram a internação de uma criança ou adolescente no abrigo, que, sendo atendidas, acabaram por aproveitar a situação como oportunidade para operar mudanças significativas em suas vidas. Além disso, o trabalho parece ter gerado benefícios para a qualidade de vida no município.

O período de tempo, aqui considerado, autoriza-nos a dizer que o Projeto tem condições para realizar um trabalho que permite o retorno à família num prazo

aproximado de seis meses, o que nos parece razoável. Entretanto, vale frisar que, quando a vida familiar se complica em função de dependência química e da ausência de família extensa, o período de acolhimento da criança tenderá a se prolongar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adrião, M. C. S. (2013). Os serviços de acolhimento institucional para crianças e adolescentes: os desafios e o trabalho com a rede de proteção. Dissertação de Mestrado profissional em gestão e políticas, Fundação Getúlio Vargas: São Paulo.

Brasil. (2009). Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e a Adolescentes. Brasília.

Brasil. (2006). Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária.

Brasil. (1993). Lei Orgânica da Assistência Social.

Brasil. (1990) Estatuto da Criança e Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de1990.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

Trivellato, A. J., Carvalho, C., Vectore, C. (2013). Escuta afetiva: possibilidades de uso em contextos de acolhimento infantil. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 17(2).

Winnicott, D. W. (1984). Privação e delinqüência. Tradução Álvaro Cabral; revisão Mônica Stahel. – 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 319. Título original: Deprivation and delinquency.

______, D. W. (1965). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradutor Irineo Constantino Schuch Ortis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268p. Título original: The Maturational Processes and the Facilitating Environment.

O IMAGINÁRIO DA ADOÇÃO HOMOPARENTAL NO FILME "PATRIK 1.5" : CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

MARCELA CASACIO FERREIRA-TEIXEIRA

SUELI REGINA GALLO-BELLUZZO

TANIA MARIA JOSÉ AIELLO-VAISBERG

RESUMO

O objetivo desta comunicação é apresentar resultados preliminares e parciais de uma pesquisa que investiga o imaginário coletivo sobre adoção e homoparentalidade, questão que vem ganhando relevância em nosso país, à medida em que debates sobre as formas contemporâneas de vida tem sido colocados por diferentes movimentos sociais. Trata-se de apresentar um dos campos de sentido afetivo-emocional que pudemos produzir interpretativamente a partir do estudo psicanalítico de uma produção cinematográfica: "Patrik 1.5". A pesquisa, como um todo, organizou-se por meio de operacionalização do método psicanalítico em termos de 1) sucessivas exposições à película, 2) elaboração de uma narrativa transferencial, focada nos impactos afetivo-emocionais emergentes no encontro com o material cultural e 3) produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, a partir dos quais teria emergido o drama retratado no filme. Este processo permitiu, até o momento, a criação/ encontro do campo que aqui examinamos, o qual pode ser definido como um mundo vivencial que se constitui a partir da crença de que homossexuais são pessoas diferentes, que molestam crianças que, sob sua tutela, correriam riscos graves. Este quadro, onde vigora uma sobreposição imaginativa entre as figuras do homossexual e do pedófilo, indica tanto um posicionamento preconceituoso como temores paranoicos em relação a aqueles que não se definem segundo uma normatividade heterossexual.

Palavras-Chave: homoparentalidade, adoção, imaginário coletivo, pesquisa com método psicanalítico, cinema.

A adoção de crianças tem sido amplamente estudada nas mais diversas áreas de conhecimento. No contexto da família homoparental, este tema tem sido alvo de estudos científicos que vêm aumentando significativamente. Atualmente, ao indicarmos, na

base Pubmed, palavras-chave como *gays families*, encontramos mais de 2.200 retornos de artigos científicos.

Temos voltado nossa atenção para o fenômeno da adoção, tanto em atendimentos psicológicos, particulares e institucionais, como em estudos empíricos, que temos realizado, focalizando professores (Ferreira, 2006; Pontes, Cabreira, Ferreira, & Aiello-Vaisberg, 2008), famílias (Gallo-Belluzzo, Ferreira-Teixeira, Oliveira, Marinho & Corsi, 2013) e estudantes de psicologia (Ferreira-Teixeira, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, no prelo). A nosso ver, a adoção tende a se associar fortemente a situações de sofrimento e preconceito, tanto quando é demandada por casais heterossexuais, como quando é buscada por pessoas solteiras, por estrangeiros, no caso da adoção internacional, ou no contexto da realização de um projeto de homoparentalidade. Muitas vezes este quadro se complica por outras razões, entre as quais se inclui, por exemplo, a questão inter-racial.

O objetivo da presente pesquisa é investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre a adoção homoparental, tal como pode se revelar em produções culturais. Escolhemos estudar uma produção cinematográfica, “Patrik 1.5”, filme que tem como foco a vida de um casal homossexual sueco, Göran, médico, e Sven, publicitário, que após se casarem e mudarem para uma charmosa vila na Suécia, desejam adotar um bebê.

O sonho de adoção de uma criança por homossexuais é hoje uma realidade possível em vários países. Em alguns países da Europa, como, entre outros, Holanda e Suécia, este tipo de adoção ocorre há mais de dez anos. No Brasil estamos caminhando desde 2011 para o início de um aumento significativo de adoções de crianças por casais homossexuais.

No cenário brasileiro, caracterizado por desigualdades, precariedades sociais profundas e injustiças, vislumbrar a possibilidade de uma criança institucionalizada, em abrigos precários, voltar para a própria família, não se faz com tanto otimismo. Além disso, mesmo que a lei proíba estadias institucionais por mais de dois anos de abrigamento, o que se efetiva de fato são abandono e desamparo social. Ora, os casais homossexuais correspondem, hoje, a uma possibilidade concreta da criança ou adolescente deixar o abrigo e passar a receber cuidados e proteção parentais.

As Pesquisas sobre Adoção Homoparental

Nas bases de dados das ciências humanas e da saúde em geral, podemos identificar dois grandes grupos de pesquisas empíricas sobre adoção homoparental. Um deles é realizado por pesquisadores das áreas da psicologia e psiquiatria clínicas, que se caracterizam como investigações sobre a sanidade mental dos adotantes, focando especialmente a apresentação eventual de transtornos de ansiedade e depressão, ou sobre os adotados, em termos de averiguar eventuais efeitos prejudiciais ao seu desenvolvimento emocional. O outro grupo consiste em trabalhos de psicólogos sociais que abordam os fenômenos de preconceito, exclusão e homofobia. Estes se colocam, claramente, a partir de uma preocupação ideológica com o respeito aos direitos de pessoas que não se definem como heterossexuais segundo os padrões dominantes.

Concernente ao primeiro grupo, destacamos alguns estudos representativos sobre as consequências da situação da adoção por homossexuais, no desenvolvimento comportamental, emocional e social das crianças e sobre as condições de bem-estar dos pais homossexuais, em processos adotivos, de Perrin e Siegel (2013), Goldberg e Smith (2013) e Golombok, Mellish, Jennings, Casey, Tasker e Lamb (2014). Optamos por enfatizá-los por comporem um conjunto de pesquisas sobre homoparentalidade organizado metodologicamente abarcando diversos pontos de vista, educacionais, mentais, sociais, que exploram o assunto com amplitude. Em geral, consistem em pesquisas de metodologia positivista, cujos resultados indicam similaridade nos desenvolvimentos comportamental, cognitivo e social das crianças adotadas por homossexuais, quando comparadas a outros grupos. Também apontam pouca diferença em níveis de ansiedade e depressão entre pais gays e heterossexuais. Tais investigações produzem conhecimentos que despertam certo interesse, porque mostram que, à luz dos instrumentos escolhidos e das estratégias metodológicas utilizadas, as famílias homoparentais não parecem mais problemáticas do que as demais. Contudo, não contribuem, a nosso ver, para o conhecimento compreensivo da subjetividade dos envolvidos, em função da epistemologia e da antropologia que adotam.

Usando variados conceitos, segundo as perspectivas teórico- metodológicas a partir das quais se delineiam, o segundo grupo é integrado por estudos sobre o que podemos designar, para facilitar a comunicação, como reações vivenciadas por diferentes grupos face à homoparentalidade. Nele se incluem, por exemplo, alguns estudos realizados em Portugal (Costa, Caldeira, Fernandes, Rita, Pereira & Leal, 2013; Gato &

Fontaine, 2013) e no Brasil (Araujo, Oliveira, Souza & Castanha, 2007; Jurado, 2013; Pereira, Torres, Falcão & Pereira, 2013), os quais convergem no sentido de apresentar, como resultados, que os participantes exibem condutas preconceituosas em relação à adoção por homossexuais.

No mesmo caminho, encontramos, em uma pesquisa do imaginário de estudantes de psicologia sobre a criança adotada por homossexuais (Ferreira-Teixeira et al, prelo), ideias e temores de que a criança possa vir a apresentar problemas em sua identidade sexual. Os estudantes apresentaram um posicionamento bastante curioso em relação ao tema da adoção homoparental, amalgamando diferentes problemas. Assim, defenderam a possibilidade de adoção, como espécie de solução, quase salvacionista, para a miséria e o desamparo infantil. Entretanto, não deixaram de, simultaneamente, apresentar angústias e dúvidas sobre a saúde mental futura dessas crianças adotivas. Curiosamente, lançam mão do princípio jurídico do mal menor: assim, para sobreviver à precariedade social, valeria a pena correr riscos relativos à saúde mental. Tal posicionamento veicula, implicitamente, um posicionamento fatalista segundo o qual seria praticamente impossível resolver satisfatoriamente o problema destas crianças que se encontram à espera de adoção.

Na presente pesquisa, debruçadas sobre o filme Patrik 1.5, visamos nos aproximar da forma como uma sociedade, bastante diversa da brasileira, em variados aspectos, vem se apropriando do tema e das condições concretas de vida dessas famílias. Investigamos essa produção cinematográfica sobre uma família sueca, cujas características socioculturais e econômicas configuram um contexto em que a ideia de tolerância à adoção homoparental não se justifica em função da pobreza e da incapacidade da sociedade civil de atender, dignamente, às necessidades de crianças e adolescentes institucionalizados.

Abordagem Psicanalítica da Produção Cinematográfica

Desde seus inícios, a psicanálise surgiu como forma *sui generis* de intervenção clínica, mas muito cedo seu método investigativo foi usado no estudo de produções culturais, como a literatura e a mitologia grega, criando uma forma de apreciação de subjetividades coletivas que se efetua a partir do encontro sistemático com obras de arte (Freud, 1907/1980; 1910/1980; 1912/1980).

A partir das contribuições freudianas, diferentes perspectivas psicanalíticas se desenvolveram, de modo que hoje a psicanálise se constitui como um campo bastante heterogêneo, povoado por diferentes tipos de pensamento, que compartilham uma ancestralidade comum. Um modo de entender esta heterogeneidade e complexidade pode ser alcançado por meio do estudo da contribuição de Politzer (1928/1994), que pioneiramente distinguiu uma duplicidade discursiva no interior do texto freudiano. De um lado, haveria uma metapsicologia fisicalista e abstrata e de outro uma psicologia dramática e concreta.

Adotamos a abordagem preconizada por Politzer (1928/1994), em termos de considerar a psicanálise, em suas teorizações clínicas não metapsicológicas, como a melhor realização de uma psicologia concreta. Nesta linha, concebemos as produções culturais como uma possibilidade fecunda de expressar a dramática da vida.

Psicanaliticamente orientada, a psicologia concreta é uma perspectiva interpretativa focada nos substratos lógico-emocionais subjacentes às condutas, vale dizer, nos determinantes emocionais inconscientes (Bleger, 1963). As histórias, os personagens, as imagens, as músicas, enfim, todas manifestações humanas apresentadas nas produções cinematográficas, que sensibilizem o expectador, permitem a busca dos determinantes lógico-emocionais, a partir dos quais emerge a conduta. Numa tentativa de deixar maximamente clara a superação de uma visão do inconsciente como fenômeno psíquico individual, temos preferido substituir o termo, forjando o conceito de campos de sentido afetivo-emocional (Couto, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007; Barreto & Aiello-Vaisberg, 2007; Ávila,Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008; Pontes et al, 2008; Russo, Couto & Aiello-Vaisberg, 2009; Martins & Aiello-Vaisberg, 2009,2010; Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010; Fialho, Fernandes, Montezi & Aiello-Vaisberg, 2012; Cabreira, Pontes, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2013; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2013; Tachibana, Montezi, Barcelos, Sirota & Aiello-Vaisberg, 2015).

Em nossa perspectiva psicanalítica, concebemos as condutas humanas concretas como objeto de estudo e entendemos o inconsciente como conceito que elucida o sentido da experiência e da atividade humana, inerentemente complexas e contraditórias (Bleger, 1963; Politzer, 1928/1994). Em sendo assim, vale destacar que, por não acreditarmos em um inconsciente objetivado, não concebemos as produções culturais como meras “projeções do inconsciente” do artista, para vê-las como exteriorizações emergentes de

campos afetivo-emocionais, cuja caráter não é primariamente intrapsíquico mas relacional, intersubjetivo, inter-humano (Montezi, Barcelos, Ambrósio & Aiello-Vaisberg, 2013).

Neste trabalho escolhemos estudar uma produção cinematográfica, tomada como uma expressão coletiva de condutas de seres humanos concretos, que pode ser abordada pelas diversas ciências humanas, tais como, antropologia, história, filosofia, economia, sociologia e outras. O cinema, considerado a sétima arte, permite-nos entrar em contato com a atmosfera emocional na qual as pessoas estão vivendo, permitindo diversas leituras e interpretações. Neste contexto, a contribuição da psicologia concreta se faz pela consideração dos sentidos afetivo-emocionais, que podem ser compreendidos, como acontecer inter-humano, na medida em que pudermos criar/encontrar os campos relacionais a partir dos quais emergem como condutas.

Estratégias Metodológicas

Subscrevemos um posicionamento epistemológico segundo o qual o método psicanalítico é logicamente anterior às teorias que dele derivam, bem como aos procedimentos clínicos, segundo enquadres clássico ou diferenciados, nos quais pode ser utilizado. Defendemos, enfaticamente, que a ordem cronológica da invenção da perspectiva psicanalítica não deve ser confundida com a grande contribuição, para a compreensão do humano, em que se constituiu. Esta confusão reduz a potencialidade heurística do método, empobrecendo lamentavelmente seu alcance. Infelizmente, tem sido feita em nome de uma suposta fidelidade aos textos freudianos, argumento que não se sustenta se examinamos tanto o modo como Freud (1923/1996) definiu a própria psicanálise, como suas iniciativas no estudo de obras de arte e de fenômenos culturais (Freud, 1907/1980; 1910/1980; 1912/1980). Devemos esta clareza aos estudos metodológicos realizados, em nosso meio, por Fabio Herrmann (1979).

As regras fundamentais que regem o método, atenção flutuante e associação livre de ideias, efetivam-se em todas as etapas da pesquisa. Elas exigem, a nosso ver, uma atitude fenomenológica, que consiste na suspensão provisória de apego a teorias, crenças e outros conhecimentos anteriores (Barreto & Aiello-Vaisberg, 2010).

Temos utilizado este método em pesquisas psicanalíticas empíricas em contextos externos ao dispositivo clássico da clínica. Quando usado em pesquisas que focalizam material cultural, deve ser desdobrado em cinco tipos de procedimentos investigativos: 1) de seleção da produção cultural, 2) de configuração do acontecer pesquisado, 3) de registro do encontro com o material cultural, 4) de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional e 5) de discussão ou interlocução reflexiva.

No que diz respeito ao **processo de seleção do material cultural,** cabe declarar que decidimos buscar produções cinematográficas que atendessem aos seguintes critérios: a) versar, em seu conteúdo manifesto, sobre homoparentalidade; b) trazer, em seu conteúdo manifesto, a etapa de espera de adoção por pais homossexuais; c) focalizar a situação em sociedades com a lei aprovada há mais de dez anos, cujo foco não fosse o problema da pobreza e da incapacidade da sociedade civil de atender dignamente às necessidades de crianças e adolescentes institucionalizados; d) estar gratuitamente disponíveis na *web* com legenda ou tradução.

Buscamos as produções nos sites abertos, google e globo.com, utilizando palavras-chave “casal gay”, “casal homoparental”, “casal homossexual”, “famílias gays e homoparentais”, “adoção homoparental, por gays ou por homossexuais”.

Encontramos 03 produções: 1) *Comme les autres* (VICENT GARENT, 2008, França), excluído pelos critérios b e c; 2) *Minhas mães e meu pai* (LISA CHOLODENKO, 2010, EUA), excluído pelos critérios b e c; e 3) *Patrik* 1,5 (ELLA LEMHAGEN, 2008, Suécia) que tratava de adoção homoparental na Suécia. Após selecionar as produções, restou-nos um filme que respondia a esses critérios, *Patrik1,5*.

Esta produção cinematográfica configura o material inicial da pesquisa e deve ser compreendida como expressão de um encontro intersubjetivo entre pesquisadoras e obra.

O procedimento de **configuração do acontecer pesquisado** foi realizado iniciando-se por repetidas exposições à película, em estado de atenção flutuante, com abertura para a associação de ideias e ressonâncias afetivo-emocionais, permitindo que impressões tocassem emocionalmente as pesquisadoras.

Desses encontros com a obra, partimos para uma terceira etapa, de **registro do acontecer pesquisado**, no caso o material cultural, elaborando uma narrativa transferencial. As narrativas transferenciais (Aiello-Vaisberg, Machado, Ayouch, Caron

& Beaune, 2009; Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011) são registros das experiências vividas no encontro com o fenômeno, a partir das quais podemos criar conhecimento, promovendo o compartilhamento da experiência desse encontro. Este tipo de narrativa se focaliza nos impactos afetivo-emocionais emergentes no encontro com o material cultural.

Após sua elaboração, compartilhamos a narrativa com o Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq, Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção, cujos integrantes estão capacitados a usar o método psicanalítico em pesquisas empíricas e podem contribuir com associações de ideias. Deste modo iniciamos um processo de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Após esta etapa, foi possível, por meio de uma revisitação das narrativas, chegar ao procedimento de **produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional**, ou inconscientes relativos, a partir dos quais teria emergido o drama retratado no filme.

A produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional fundamenta-se em uma perspectiva psicanalítica concreta e relacional, concebendo o inconsciente como um campo que se encontra *entre* as pessoas. Nesse sentido, as manifestações humanas seriam emergentes de campos relacionais, intersubjetivos, interpessoais, que, em grande extensão, seriam inconscientes. A interpretação dos campos se efetiva quando as narrativas transferenciais são revistas à luz da observação de palavras de ordem norteadoras: "deixar que surja", "tomar em consideração" e "completar o desenho ou delineamento do sentido" (Hermann, 1979). Por este caminho, torna-se possível criar/ encontrar campos de sentido afetivo-emocional que, sendo habitados por indivíduos e coletivos, sustentam suas condutas.

O **procedimento de interlocução reflexiva**, etapa investigativa que se segue à produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, consiste no exame de ideias e teorias que possam auxiliar na compreensão dos achados do estudo. Nesta etapa realizamos interlocuções críticas com autores, psicanalíticos ou não, que adotem perspectivas antropológicas convergentes com as nossas, além de apresentarmos nossas próprias experiências e desenvolvimento teórico decorrente das interpretações.

Campos de Sentido Afetivo-Emocional

Seguindo atentamente as observações dos passos constitutivos do método psicanalítico, foi possível nos aproximar da complexidade inerente à produção cinematográfica e produzir interpretativamente campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos, segundo os quais se organiza o imaginário do filme Patrik 1.5.

Ainda com a pesquisa em andamento, produzimos interpretativamente dois campos de sentido afetivo-emocional: “Diferentes e Perigosos” e “Mas Eles Podem ser Boas Pessoas”. A partir deste ponto, demos inicio ao estabelecimento de **interlocuções reflexivas**, focalizando, na presente comunicação, apenas o primeiro campo.

O campo denominado “Diferentes e Perigosos” – corresponde a um mundo vivencial organizado sob a crença de que homossexuais seriam pessoas nefastas, que poderiam chegar até a molestarem crianças e adolescentes.

Em diversas cenas da película, condutas emergentes deste campo dominam a cena. Por exemplo, no contraste que estabelecem entre as famílias nucleares tradicionais, habitando casas muito similares, encontramos uma clara alusão à diferença. A configuração da festa de aniversário indica as expectativas de todos, de que os casais sejam, sempre, heterossexuais. A resistência de um pai a ter seu filho atendido por um doutor assumidamente homossexual é outra situação que evidencia dificuldades de convivência com aquele tido como diferente, perigosamente diferente. O próprio Patrik, ao saber que fora encaminhado, para adoção, a um casal homossexual, fica furioso e assustado. Declara que não quer morar com gays, que seriam “velhacos que gostam de comer garotinhos de 14 anos”. Essa mesma ideia, qual seja, de abuso sexual do menor adotado, aparece nas fantasias de um vizinho do casal. Nota-se, portanto, uma associação imaginativa entre homossexualidade e pedofilia.

Ainda podemos identificar condutas emergentes desse campo de preconceito e exclusão na cena onde a funcionária do centro de adoção diz ao casal homossexual que não teriam chance de adotar uma criança pequena, porque nenhum país consentiria em entregar crianças para homossexuais. Restar-lhes-ia, como única possibilidade, aceitar um adolescente com histórico de atos delinquentes.

Emergem, também, a partir deste campo, as angústias e frustrações oriundas das dificuldades do casal gay no processo de adoção. Nesta linha, devem ser lembradas também as dificuldades de aprovação do pedido de adoção pelo órgão público e a solidão

do casal gay que acompanha as alegrias dos demais no processo de constituição de suas famílias.

Interlocuções Reflexivas Preliminares

Ainda que levando em conta que nos encontramos numa etapa intermediária no processo de realização da presente pesquisa, podemos ensaiar um início de interlocuções reflexivas sobre o campo que aqui examinamos.

Parece-nos interessante apontar que, em que pese o fato da adoção homoparental ser legalizada na Suécia, percebemos indícios claros de que a questão suscita angústias e temores, contra os quais se forjam defensivamente condutas preconceituosas. À luz das contribuições de Bleger (1963), não temos dificuldades em identificar que nos encontramos diante de um campo de característica paranoide. Trata-se de uma configuração imaginária segundo a qual o mundo se dividiria em seres intrinsecamente bondosos e ou seres inerente e irremediavelmente maléficos. Esta maldade poderia se expressar segundo diferentes características, tais como cobiça, inveja, crueldade, perversão sexual e outras. No presente caso, os homossexuais são considerados pedófilos e, portanto, sexualmente degenerados. Esta visão é bastante interessante porque atualmente os crimes de pedofilia se encontram entre aqueles que mais profundamente ferem a sensibilidade das sociedades ocidentais que se definem como democráticas, mesmo se convivem com desigualdades sociais profundamente inaceitáveis do ponto de vista ético.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J., Machado, M.C.L., Ayouch, T., Caron, R. & Beaune, D. (2009). Les récits transférenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D.Beaune (Org.) *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues* (pp. 39-52). Lille: L'Harmattan

Aiello-Vaisberg, T.M.J & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. In: Walter Trinca. (Org.).

Procedimento de Desenhos-Estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. 01ed. São Paulo: Vetor, v. 01, p. 277-302.

Araújo, L. F. de, Oliveira, J. da S. C. de, Souza, V. C. de & Castanha, A. R. (2007). Adoção de crianças por casais homoafetivos: um estudo comparativo entre universitários de Direito e de Psicologia. *Psicologia & Sociedade*, *19*(2), 95-102.

Ávila, C. F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência?. *Paidéia,* 18 (39), 155- 164.

Barcelos, T.F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática* 12 (1), 85-96.

Barreto, M.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007) . O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista* 16 (2), 310-329.

Barreto, M. A. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista*, 16 (2), 310-329.

Bleger, J. (1963). *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires: Paidós.

Cabreira, J.C., Pontes, M.L.S., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. Trabalho apresentado na *I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia,* na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Recuperado em 26/04/2013 http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e- Fenomenologia.pdf

Costa, P.A., Caldeira, S., Fernandes, I., Rita, C., Pereira, H. & Leal, I. (2013) Atitudes da População Portuguesa em Relação à Homoparentalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 26(4), p. 790-798. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400020&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 Oct. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400020.

Couto, T.H.A.M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007) A Mãe, o Filho e a Sindrome de Down. *Paidéia*, 17(37),265- 272.

Ferreira, M. C. (2006). *Encontrando a Criança Adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de

Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: www.puc-campinas.edu.br

Ferreira -Teixeira, M. C., Aiello-Fernandes, R. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (no prelo) *O imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre a criança adotada por homossexuais*.

Fialho, A. A., Fernandes, R.A., Montezi, A. V. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012) . O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar. In *Proceedings of the 1st. Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros Anais do Primeiro Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros,* 2012, São Paulo (SP) [online]. 2012 [cited 28 April 2013]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000132012000100002&lng=en&nrm=iso> .

Freud, S. (1906-1907/1980). Delírio e Sonhos na “Gradiva” de Jensen. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Original publicado em 1907)

Freud, S. (1910/1980). Leonardo da Vinci e uma Lembrança da sua Infância. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Original publicado em 1910)

Freud, S. (1911-1912/1980). Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranoia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Original publicado em 1912)

Freud, S. (1923/1996). Dois verbetes de enciclopédia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Original publicado em 1922).

Gallo-Belluzzo, S.R., Ferreira-Teixeira, M.C., Oliveira, C.G., Marinho & D.H.; Corsi, S. (2013). A ”longa espera” e outros campos do imaginário de casais que aguardam adoção sobre a criança adotiva. *Revista Intellectus* Ano IX, 25, 148-160.

Gato, J. & Fontaine, A.M. (2013) Anticipation of the sexual and gender development of children adopted by same-sex couples. *International Journal of Psychology.* Vol. 48, No. 3, 244–253, http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2011.645484

Goldberg, A.E. & Smith, J.Z. (2011). Stigma, Social Context, and Mental Health: Lesbian and Gay Couples Across the Transition to Adoptive Parenthood. *J Couns Psychol*. January ; 58(1): 139–150. doi:10.1037/a0021684.

Goldberg, A.E., Kinkler, L.A., Moyer, A.M. & Weber, E. (2014). Intimate Relationship Challenges in Early Parenthood among Lesbian, Gay, and Heterosexual Couples Adopting via the Child Welfare System. *Prof Psychol Res Pr*. Aug;45(4):221-230.

Golombok, S.,Mellish, L., Jennings, S., Casey, P., Tasker, F. & Lamb, M E. (2014). Adoptive Gay Father Families: Parent–Child Relationships and Children's Psychological Adjustment. *Child Development*. 85(2). 456–68, March/April.

Granato, T.M.M.; Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 16 (1), 157-163

Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clinica*, 25 (1), 17-36.

Hermann, F. (1979). *O método da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Jurado, T. (2013). *Produções imaginativas sobre a homoparentalidade por meio de narrativas interativas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Martins, P. C. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2009). Dificuldades sexuais masculinas e Imaginário Coletivo de universitários: um estudo psicanalítico. *Barbarói*, 31(2), 18-35.

Martins, P.C.R. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). “Será que ele é?” Imaginário coletivo sobre homossexualidade. *Perspectiva* (Erexim), v.33, p.43-52.

Montezi, A. V., Barcelos, T. F., Ambrósio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista,* Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 74-88

Pereira, C.R.; Torres, A.R.; Falcão, L. & Pereira, A.S. (2013) O Papel de Representações Sociais sobre a Natureza da Homossexualidade na Oposição ao Casamento Civil e à Adoção por Famílias Homoafetivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* Brasília, 29 (1), p. 79-89. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

37722013000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Oct. 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000100010.

Perrin, E.C., & Siegel, B.S. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health of the American Academy of Pediatrics. (2013) Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian. *Pediatrics*. Apr;131(4):e1374-83. doi: 10.1542/peds.2013-0377.

Politzer, G. (1994). *A crítica dos fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a psicanálise*. (Marcos Marcionilo e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva, Trad.). Piracicaba: Unimep. (Trabalho original publicado em 1928.)

Pontes, M. L. S., Cabreira, J. C., Ferreira, M. C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 495-502.

Russo, R.C.,T., Couto, T.H.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21 (2), 250-255.

Tachibana, M., Montezi, A. V., Barcelos, T.F., Sirota, A. & Aiello-Vaisberg T. M. J. (2015). Who are the teenagers of today? Collective imaginary of Brazilian teachers. *International Journal of Information and Education Technology*, v. Vol.5(1), p. 474-49.

A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO DE MÃES DE CRIANÇAS SUBNUTRIDAS: CONFIGURANDO UM PROBLEMA DE PESQUISA

MARIA CAMILA MAHFOUD MARCOCCIA

TÂNIA AIELLO-VAISBERG

Resumo

A subnutrição, uma síndrome multifatorial frequentemente associada, nas camadas desfavorecidas da população, à falta de alimentos e à baixa renda, é responsável por muitas mortes e adoecimentos variados de crianças em todo o mundo. Seu combate exige não apenas a diminuição da pobreza e da desigualdade social, mas também intervenções que incidam sobre o cotidiano da vida familiar, permitindo uma assistência imediata. Na presente comunicação, apresentamos projeto de pesquisa que tem como objetivo compreender a experiência emocional de mães de crianças sob tratamento em função de diagnóstico de subnutrição primária grave ou moderada. Organiza-se metodologicamente a partir de entrevistas individuais articuladas ao redor do Procedimento de Narrativas Interativas, que consiste na apresentação de uma narrativa inacabada sobre a questão humana investigada, a ser completada pela participante. Todas as entrevistas serão registradas sob forma de narrativas transferenciais, que serão abordadas tendo em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. Tais campos serão revisitados no contexto do estabelecimento de interlocução teórico-clínica com o pensamento de D. W. Winnicott e outros autores antropologicamente convergentes.

Palavras chave: experiência emocional, maternagem, subnutrição, método psicanalítico

A subnutrição infantil é responsável por 45% das mortes de crianças menores de 5 anos em todo o mundo (Black et al., 2013). Nas últimas décadas, o Brasil vem reduzindo os índices de crianças subnutridas no país e em 2009 a publicação anual do Ministério da Saúde, que reúne indicadores de saúde no Brasil, relata um avanço na redução da subnutrição em território nacional, mostrando que menos de 10% das crianças apresentam estatura e peso inadequados para idade (Brasil, 2009). Tal fenômeno é uma grande conquista, porém nas grandes cidades, como São Paulo, o problema da subnutrição infantil persiste nas comunidades carentes, também conhecidas como

favelas. Martins e Solymos (2012) referem que 35% das crianças desta população são subnutridas.

Sabemos que a subnutrição energético-proteica é uma síndrome multifatorial associada principalmente à falta de alimentos e baixa renda. Condições ambientais como habitação e saneamento, exposições contínuas a doenças parasitárias, inadequação nos cuidados com saúde e alimentação são os chamados fatores macro-ambientais de risco para subnutrição. Questões políticas, econômicas e sociais são fundamentais no combate a essas condições socioeconomicamente desfavorecidas. Entretanto, famílias, que enfrentam situações aparentemente muito parecidas, em termos de precariedades situacionais, podem apresentar padrões bastante diferenciados entre si no que diz respeito à questão nutricional. Nem todas as famílias em condições macro-ambientais desfavoráveis apresentam indivíduos subnutridos, o que sugere que aspectos micro-ambientais podem desempenhar papel importante no estabelecimento da doença. Cecconello (2000) acredita que o contexto socioeconômico e cultural influencia no relacionamento entre pais e filhos e nas escolhas das práticas educativas, afetando as relações conjugais e associando-se a um maior índice de conflitos nas famílias. Há estudos que mostram como a dinâmica familiar interfere significativamente na condição de saúde da criança subnutrida, evidenciando associações entre essa doença e aspectos da relação conjugal parental, da relação mãe-criança, incluindo a forma como lidam com a comida, bem como da comunidade ao seu redor (Campos et al, 1995; Silveira, Perosa, & Carvalhaes, 2012; Solymos, 1997; Vieira, Souza, & Cervato-Mancuso, 2010). Essas interferências significativas geram o que podemos chamar de situação adversa, que é mais do que a soma dessas condições isoladas.

Há décadas vários estudos vêm sendo feitos sobre a relação da criança subnutrida e sua mãe, no intuito de correlacionar a subnutrição com vínculo materno. Na década de 90 o cuidado infantil foi reconhecido como uma das vertentes determinantes da subnutrição. Silveira et al., (2012) fala de indivíduos que enfrentam condições adversas em seu desenvolvimento como riscos biológicos (prematuridade, baixo peso) e ambientais (conflitos familiares, alcoolismo e doenças psíquicas) no qual se contrapostos com a mediação materna, esses fatores adversos podem alterar sua trajetória. Magalhães (2012) diz que as habilidades e/ou capacidades maternas estão diretamente ligadas à adequação do cuidado para com o filho. Engstron e Anjos (1999) fazem menção a como a relação materna com a criança interfere na mediação criança-ambiente interferindo no estado nutricional. Estudos fazem relação entre doenças psiquiátricas da mãe e

desnutrição infantil (Carvalhes & Benício, 2002; Miranda *et al*, 1995; Nascimento, Falcone, Spada, Mäder, & Nóbrega, 2003; Nóbrega & Campos, 1995; Silveira et al., 2012). No entanto, existem discussões acerca dessa relação, onde se questiona se a depressão materna seria um fator de risco para desnutrição ou se a criança desnutrida precipitaria a depressão na mãe. Fenômenos sociais, familiares, individuais e econômicos combinam-se e podem trazer como consequência falhas no vínculo mãe-filho e comprometimento nutricional. Quando a mãe está bem assistida, em especial na presença de companheiro, parentes e amigos, tal condição revela-se um fator de proteção ao desenvolvimento infantil (Nascimento et al., 2003, Silveira et al., 2012;).

Silveira et al. (2012) afirma que grandes avanços ocorreram no combate à subnutrição infantil, porém estão mais focados sobre a criança. O autor acredita que os atendimentos para tratamento dessa doença devem abranger o cuidado à mulher e atenção especial ao relacionamento mãe e filho. Confirma-nos isso Solymos (1997) quando traz, na experiência vivida por mães de subnutridos, elementos de solidão, impotência, fatalismo, velamento e debilidade, propondo uma intervenção não somente informativa, mas de reflexão, partilha e compreensão de suas experiências. Também Silva, Andrade, Ferreira, de Andrade, & Madeira (2011) reforçam a ideia de que para o tratamento da subnutrição é necessário um trabalho com a autoestima da mãe, reforçando a sua importância na recuperação e manutenção do filho. Os estudos citados mostram a importância da avaliação da saúde mental das mães, bem como da sua relação com o filho.

A experiência de maternidade

De acordo com a psicanálise pós-freudiana, a relação mãe-bebê deve ser considerada como decisiva para o desenvolvimento da criança. Vários autores, dentre os quais grandes seguidores de Freud, dedicaram-se ao estudo dessa relação mãe e filho, como Winnicott e Melanie Klein, contribuindo significativamente para a compreensão e expectativas atuais sobre a maternagem (Moura & Araújo, 2004).

Partindo de uma perspectiva winnicottiana compreendemos que a mãe é biologicamente condicionada a lidar com as necessidades do bebê, tem uma identificação consciente e inconsciente com o seu filho e o bebê uma dependência em relação à sua mãe. A dedicação total ou quase total da mãe proporciona um ambiente acolhedor e de cuidados, físico e afetivo, que seria essencial para o desenvolvimento humano saudável

do bebê. A mãe desenvolve uma função fundamental, à medida que entra num estado especial de experiência, que denominou "preocupação materna primária", que a capacitariam, conforme seu próprio amadurecimento emocional, a prover um ambiente suficientemente bom para seu bebê (Winnicott, 1956). Esse papel não é exclusivo da mãe biológica, podendo o pai ou outra pessoa assumir esse lugar (Couto, Tachibana, & Aiello-Vaisberg, 2007).

Aiello-Vaisberg e Granato (2006), em uma leitura sobre essa passagem de Winnicott coloca em discussão o processo identificatório definido pelo autor, afirmando que não é o fato de confundir-se com a criança que garante o bom cuidado materno, mas, ao contrário, haver maturidade materna suficiente para que o bebê possa ser vivenciado como alteridade. Esta autora tanto denuncia os pressupostos antropológicos, de caráter absolutamente pessimistas, subjacentes à consideração de que a devoção da mãe pelo filho se basearia num equívoco, na medida em que o que aí se nega é a possibilidade de afeto autêntico entre seres humanos. Contudo, sua discussão ultrapassa o âmbito da crítica, pois se assenta na experiência clínica com mães saudáveis e com mães psicóticas, que, em virtude de sua patologia, podem vivenciar seus bebês como prolongamentos de si mesmas.

De todo modo, a sensibilidade que a mãe desenvolve permite acolhê-lo nas suas necessidades de forma dosada, tornando-se, assim, uma "mãe suficientemente boa". É nessa oferta de um ambiente suficientemente bom que se permite ao bebê a inicial experiência de "ser eu", de começar a existir e de constituir como uma incipiente continuidade de ser que se atualizará como um self pessoal unitário. Na medida em que o bebe se desenvolve, faz a passagem de uma dependência absoluta, na qual ainda não existe "desde o seu ponto de vista" até o enfrentamento do mundo com os seus próprios recursos. Porém, não são todas as mães que conseguem ser "suficientemente boas" e situações adversas podem interferir no desenvolvimento da maternagem. (Winnicott, 1956).

Encontramos, também, no âmbito da psicologia do desenvolvimento, o reconhecimento da grande importância das primeiras relações, em especial da figura materna. Bowlby (2002) faz a definição de apego como a busca e manutenção constante da proximidade de outro indivíduo, constituindo em um vínculo afetivo no qual os pais proporcionam à criança a satisfação das necessidades. O autor coloca que a sensibilidade da mãe em responder aos sinais do bebê é o grande contribuinte para o apego do desenvolvimento infantil, sendo uma via de mão dupla, na qual a mãe se adapta

ao bebê descobrindo e se ajustando a ele, enquanto o bebê também se ajusta gradualmente às intervenções de sua mãe, tornando-se cooperativo. A qualidade dessa interação contribui para um desenvolvimento que servirá de base para conhecer e explorar o ambiente.

As crianças em seus primeiros anos de vida têm o seu desenvolvimento sustentado pelo outro, em geral a mãe ou figura que se encarrega de cuidados maternais. Para que esta relação se desenvolva é necessário que a mãe exerça sua função de modo suficientemente bom. História de vida, de cuidado e de afeto podem influenciar a qualidade dessa relação. A instabilidade emocional, doenças mentais ou físicas, principalmente se associadas a condições econômicas precárias, podem prejudicá-la ou até incapacitá-la a cuidar de seu filho, causando prejuízo ao desenvolvimento físico e mental da criança. Esse desempenho insuficiente na função materna aumenta o risco de atrasos no desenvolvimento, de acidentes e de doenças, inclusive a subnutrição (Nascimento et al., 2003).

A subnutrição infantil, caracterizada como condição humana multifacetada, que, ao nível biológico se expressa sob forma de doença, deriva de uma trama causal complexa que se articula a partir de diferentes níveis de integração do fenômeno (Bleger,1963).

Para compreensão da situação nutricional da criança, tendo em vista intervir de modo a encaminhar soluções para o problema devemos olhar tanto para as necessidades fisiológicas e para as condições biológicas e ambientais, como também levar em conta o fato da criança existir e viver sob cuidados maternos.

É importante lembrar que estamos falando de mulheres que se tornaram mães. Mulheres que estão mais ou menos amadurecidas emocionalmente, que vivem em condições mais ou menos favoráveis nos diversos âmbitos em que estão inseridas: relacional, cultural, saúde, histórico, financeiro, etc. O cuidado materno não é isolado e abstrato e nem dependente exclusivamente da personalidade da mãe, mas se expressa junto e dentro de uma experiência inter-humana (Aiello-Vaisberg & Granato, 2006). Além disso, todas as pessoas se movem em direção à sua realização e desejam ser felizes e a busca por essa plenitude da vida guia as suas atitudes, os seus posicionamentos, as suas buscas, enfim, toda a sua conduta humana. Entendemos que o ser mulher não é separado do ser mãe e é preciso olhar para essa totalidade de modo a compreender verdadeiramente a experiência dessas mulheres-mães. (Solymos, 2006).

Desse modo, pretendemos compreender, no presente trabalho compreender a experiência emocional de mães de crianças em tratamento por diagnóstico de subnutrição primária grave ou moderada.

Metodo

Desde o início da Psicanálise o ato de narrar foi ganhando espaço em termos teóricos e clínicos. A “cura pela fala” foi e é ainda hoje objeto de estudo da Psicologia, ampliando-se para outras orientações teóricas metodológicas, além da psicanálise. Granato, Corbett e Aiello Vaisberg (2011) falam de como o narrar pode se constituir como um processo de elaboração do viver quando acontece em um ambiente de escuta propício. O paciente se coloca através das narrativas de seus dramas e suas experiências e o terapeuta oferece nesse momento uma escuta atenta, a fim de em seguida devolver-lhe compreensão daquilo que foi colocado e assim instalar-se um diálogo de construção e reconstrução que fundamentem e legitimem o sofrimento do paciente abrindo novas possibilidades para ambos.

A psicanálise recupera a narrativa humana como meio de acesso ao mundo pessoal, tornando-se um importante recurso de conhecimento sobre a experiência afetiva-emocional daquela pessoa. Assim, a narrativa interativa se coloca como proposta à medida que traz um potencial elaborativo do narrar e características dialógicas de um encontro humano. A narrativa interativa considera a pessoalidade do pesquisador que participa da elaboração de uma narrativa fictícia como parceiro de uma saber imaginativo sobre o drama da pessoa. Esse procedimento visa se assemelhar ao jogo do rabisco de Winnicott onde ocorre uma interação dos campos afetivo-emocionais do terapeuta e do paciente, abrindo um campo de possibilidades ao paciente que, se espera, responda de forma genuína (Granato, Corbett, & Aiello-Vaisberg, 2011)

Procedimentos Investigativos

Na presente pesquisa, o procedimento investigativo de configuração do acontecer clínico se fará por meio de entrevistas individuais, que se articularão ao redor do uso de narrativas interativas como recurso mediador. Assim, apresentaremos à mulher uma narrativa fictícia inacabada sobre uma mulher que tem uma criança subnutrida. Este relato terá sido previamente elaborado a partir de uma experiência clínica de cinco anos no atendimento a este tipo de problema, vale dizer, com certo conhecimento sobre o drama vivido (Politzer,1928; Bleger,1958) por estas participantes em seu cotidiano. As participantes devem completar essa narrativa dando um desfecho a história segundo sua interpretação pessoal do drama materno. As entrevistas serão feitas de forma individual, com leitura da história inacabada em voz alta. A continuidade da história será feita oralmente pela participante e anotada pela pesquisadora.

Como procedimento investigativo de registro do acontecer clinico, adotaremos as narrativas transferenciais. Estas são narrativas de memória feitas ao final de cada encontro, no qual o pesquisador busca recordar o que aconteceu, rememorando não só os cenas e os fatos, mas todas as emoções e sentimentos vividos durante a entrevista. Essa forma de registro é elaborada a partir do método psicanalítico e possibilita a emersão daquilo que foi emocionalmente significativo no encontro. Aqui podem ser impressas marcas da subjetividade de quem estava presente no encontro, o pesquisado e o pesquisador, pois entendemos que tudo que foi despertado tem seu valor para a compreensão das condutas emergentes. (Barcelos, 2014)

Completaremos esta fase do trabalho por meio do procedimento investigativo de intepretação do acontecer clinico, que definimos como produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. Este trabalho tem lugar mediante a observação das palavras de ordem de Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho do sentido emocional emergente”. Deste modo, produziremos conhecimento sobre o substrato afetivo-emocional não consciente, ou inconsciente relativo, a partir do qual se delineia a experiência emocional das participantes. Este trabalho interpretativo será realizado em várias etapas, nas quais se alternam as leituras flutuantes da própria pesquisadora com leituras flutuantes que serão realizadas no âmbito do grupo de pesquisa, que é integrado por profissionais capacitados ao uso do método psicanalítico em pesquisa qualitativa.

Finalmente, os campos de sentido afetivo-emocional serão revisitados no contexto do estabelecimento de interlocução teórico-clínica com o pensamento de D. W. Winnicott,

Giussani e Mahfoud, numa etapa de trabalho denominada procedimento investigativo de interlocuções reflexivas. Frequentando, como temos feito, os textos destes autores, antevemos a possibilidade de realizar articulações fecundas, dadas as convergências antropológicas e éticas subjacentes, que temos detectado ao longo dos anos.

O procedimento de interlocução reflexiva corresponde a um importante momento da investigação, durante o qual deixaremos de associar livremente em estado de atenção flutuante, para passarmos a um trabalho intelectual, de caráter simultaneamente reflexivo e dialógico. Neste momento, consideramos os campos de sentido afetivo-emocional criados/encontrados, a partir das entrevistas, à luz de ideias e teorias. Abandonamos o uso do método psicanalítico, sem, contudo, desconsiderar concretude e a dramática da experiência vivida (Corbett, 2014). Deste modo, encerramos a presente démarche investigativa produzindo um saber local, necessariamente inconcluso, porque a vida humana é um processo temporal, produzindo alguma compreensão dos sentidos e significados da experiência emocional. (Corbett, 2014).

Diálogo entre Giussani e Winnicott

A nosso ver, um intercâmbio entre abordagens da psicologia e da antropologia filosófica pode descortinar uma interessante ampliação do nosso universo intelectual e clínico. (Aiello Vaisberg & Marcoccia, 2013). É o que pretendemos aproximando autores, cujas contribuições podem ser proveitosamente articuladas.

Giussani é um antropólogo italiano, da década de 50, que introduz o conceito de Experiência Elementar. Entre nós, Mahfoud (2012) propõe, com maestria, uma interessante transposição dessa antropologia para o campo da psicologia clínica. Sua iniciativa se baseia na clara percepção de que uma antropologia que propõe que pessoa humana se constituiria a partir de uma experiência originária que, ao longo de toda a vida, serviria de critério para julgamento de toda a experiência vivida, certamente pode gerar manejos clínicos que favoreçam o alcance de posicionamentos existenciais mais integrados e genuínos. Giussani (2009) fala de exigências e evidências – verdade, beleza, amor, justiça e felicidade – como um crivo dado e inextirpável, que seria imutável e não depende da situação histórica, social ou cultural. Deste modo, propõe um horizonte ético

ampliado, que pode ser articulado aos pressupostos do método psicanalítico, segundo os quais todos os seres humanos compartilham, independentemente de suas diferenças, uma humanidade comum.

Em termos da clínica psicológica, Mahfoud (2012) afirma que toda conduta humana tem em sua base a busca pela realização dessas exigências, mesmo que possam ser ou parecer distorcidas ou contraditórias. Segundo seu pensamento, o sofrimento humano consiste, em sua raiz, na negação ou redução dessas exigências originárias. O trabalho clínico, portanto, realiza-se por meio do reconhecimento e posicionamento genuíno frente a tais exigências. Percebe-se, portanto, que se trata de uma clínica direcionada para o futuro, para a mudança, em acordo com o posicionamento de Bleger (1963), quando critica uma ênfase passadista em certas formas de psicanálise que se mantém sob a forma de repetida revivescência de traumas e infelicidades pretéritas, sem oferecer possibilidade de um avanço existencial.

Winnicott (1956) propôs a teoria do amadurecimento emocional no qual visa a possibilidade de “sentir-se vivo e real” Este processo que resulta na capacidade de gestualildade espontânea e criadora se inicia ao nascer e se estende por toda a vida. Dá-se no relacionamento com a figura materna e com o desenvolvimento da capacidade de consideração do outro (Aiello-Vaisberg & Marcoccia, 2013). Compreende-se assim que o ambiente winnicottiano é constituinte da subjetividade e por isso ganha uma importância através de sua função ativa no amadurecimento emocional humano. Entendemos que esse cuidado vai para além do relacionamento mãe-bebê e a tarefa de integrar as experiências vividas no self nunca cessa, a busca pelo “ser vivo e real” é inesgotável (Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2009). Medeiros e Aiello-Vaisberg (2010) afirma que a falta de acolhimento em um ambiente suficientemente bom e de relações de cuidado suficientemente boas causam sofrimentos e a busca dos que sofrem é por experiências sustentadoras.

Acreditamos que a antropologia de Giussani, através da valorização das exigências originárias, pode enriquecer com uma visão antropológica a psicanálise winnicottiana, de modo a proporcionar uma releitura do significado fundamental do chamado ambiente suficientemente bom.

Aiello-Vaisberg e Marcoccia (2013) referem que esse processo de amadurecimento para uma gestualidade espontânea supõe a ideia de uma natureza humana constituída

por exigências éticas e estéticas, para além da biologia. Falam da capacidade de consideração do outro, no caso da figura materna com o filho, que se realiza por conta da existência dessa exigência, diferenciando significativamente a sociabilidade dos animais a dos humanos. Essa explicação faz sentido na conquista da capacidade de se preocupar com o outro e explica o sofrimento que a ausência dessa realização gera. Com a perspectiva da experiência elementar, a capacidade de considerar o outro e, portanto, de cuidado, acontece no emergir da pessoalidade possibilitando o ser espontâneo.

Assim, pretendemos, nesse trabalho, pesquisar como se dá a mobilização para realização das exigências elementares no grupo de mães cuidadoras de crianças com subnutrição.

Vale lembrar que o Estilo Clínico Ser e Fazer, que adotamos, utiliza-se de Bleger (1963), psicanalista argentino, para o estudo da psicanálise. Com ele, compreendemos que nosso objeto de estudo é a conduta humana, mantendo-nos em uma psicanálise concreta voltada ao acontecer humano e evitando abstração e biologização da dramática da vida. Assim reconhecemos que os sofrimentos são concretos, situam-se em contextos sociais, culturais, históricos e políticos (Ambrosio & Aiello-vaisberg, 2009). É nesse contexto que acontecem as experiências e os sofrimentos. Acreditamos que o diálogo entre Winnicott e Giussani pode contribuir para a compreensão da experiência emocional dessas mulheres-mães que lidam com a experiência da maternidade dentro de um contexto mais amplo de vida, esperando, a partir daí, podermos tanto amadurecer nosso próprio olhar como formular intervenções para o reconhecimento, posicionamento e sustentação do “sentir-se vivo e real” dessas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiello-Vaisberg, T.M., & Granato, T. (2006). *Ser e Fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo: Ideias & Letras.

Aiello-Vaisberg, T.M., & Marcoccia, M.C.M. (2013, novembro). O batom e o pão: diálogos entre a Experiência Elementar e o Estilo Clínico Ser e Fazer. *Anais da IX Jornada Apoiar: adolescência: identidade e sofrimento na clínica social.* São Paulo, SP, 2013.

Ambrosio, F.F., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009) O estilo clínico ser e fazer como proposta para o cuidado emocional de indivíduos e coletivo. *Rev. SPAGESP*. 10 (2).

Barcelos, T.F. (2014). *A história da menina morta*: (des)esperança de adolescentes em situação de precariedade social.. Dissertação de mestrado. Universidade São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Bleger, J. (1958). *Psicoanalysis y materialismo dialético*. Buenos Aires: Nova Vision,.

Bleger, J. (1984). *Psicologia da conduta*. (. E. de Oliveira Diehl. Trad). Porto Alegre: Artes Médicas. (original publicado em 1963)

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Vigilância e Saúde. *Saúde Brasil 2009:* uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, DF, Brasil.

Black, R.E., Victora, G.G., Walker, S.P., Bhutta, Z.A., Christian,P., de Onis,M., Ezzati, M., Grantham-McGrego, S., Katz, J. Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382, 427-451.

Bowlby, J. (2002). *Apego e perda*. (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Campos, A.L.R. (1995). Aspectos nutricionais, psicológicos e sociais de mães de crianças desnutridas. *Jornal de Pediatria*, 71 (4), 214-218.

Carvalhes M.A.B.L., & Benício, M.H. (2002). Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Ver Saúde Pública*, 36, 188-197.

Cecconello, A.M., Krum, F.M.B., & Koller, S.H. (2000). Indicadores de Risco e Proteção no Relacionamento Mãe-Criança e Representação Mental da Relação de Apego. *Psico*, 32 (2), 81-122.

Corbett, E. (2014). *Contos sem fada*: mãe e filhos em situação de violência doméstica. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

Couto, T.H.A.M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). A mãe, o filho e a síndrome de Down. *Paidéia*, 17 (37), 265-272.

Engstrom, E.M., & Anjos, L.A. (2002). Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad Saúde Pública,* 36 (2), 188-197.

Giussani, L. (2009). *O senso religioso.* (3ª ed., P. Afonso & N. de Oliveira, Trad.). Brasília: Universa. (Obra original publicada em 1966).

Granato, T.M.G., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011, jan/mar). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 157-163.

Herrmann, F.A. (1979). *Andaimes do real:* Uma revisão crítica do método da psicanálise. São Paulo: E. P. U.

Magalhães, M.L.B. (2012). *Estratégias de mães na convivência com filhos desnutridos*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em psicologia*: *aprendendo a reconhecer*. Belo Horizonte, Artesã.

Martins, P.A., & Solymos, G.M.B. (2012). Avaliação do Estado Nutricional de Crianças Pobres: O Método da Busca Ativa. In: Sawaya, A.L.; Peliano, A.; Solymos, G.M.B.; Wanderley, M.B.; Domene, S.M.A.. (Org.). *Desnutrição, Pobreza e Sofrimento Psiquico*. (cap. 5, pp. 205-211) São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Medeiros, C., & Aiello-Vaisberg, T.M. (2010). Acordes do sofrimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 97-105.

Miranda, C.T., Turecki, G., Mari, J.J., Andreoli, S.B., Marcolim, M.A., Gohiman, S., Puccini, R., Strom, B.L., & Berlim, J.A. (1995). Mental health of the mothers of malnourished children. *Int J Epidemiol*, 35, 128-133.

Moura, S.M.S.R., & Araújo, M.F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 44-55.

Nascimento, C.L, Falcone, V.M, Spada, P.V., Mäder, C.V.N., & Nóbrega, F.J. (2003). Características psicológicas de mães de crianças desnutridas e a relação com o vínculo mãe/filho. *Rev Bras Nutr Clin*, 18 (3), 101-105.

Nobrega, F.J., & Campos, A.L.R. (1995). *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.

Politzer, G. (1975) *Críticas dos fundamentos da Psiclogia*. Lisboa: Editorial Presença. (Original publicado em 1928).

Silva, D.A., Andrade, G.N., Ferreira, F.M.R, de Andrade, E., & Madeira, A.M.F. (2011). Percepção materna acerca do distúrbio nutricional do filho: um estudo compreensivo. *Rev. Min. Enferm*, 15 (4), 498-503.

Silveira, F.C.P., Perosa, G.B., & Carvalhaes, M.A.B.L. (2012). Fatores psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutróficas: o papel da saúde mental materna. *Ver. Crescimento desenvolv. hum*. 22 (2).

Solymos, G.M.B.A. (1997). Experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em nutrição. In: SAWAYA, A. L. *Desnutrição Urbana no Brasil em um período de transição*. (pp. 127-153). São Paulo, SP: Cortez

Solymos, G.M.B.A. (2006). A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos Avançados*. 20 (58), 111-122.

Vieira, V.L., Souza, J.M.P., & Cervato-Mancuso, A.M. (2010). Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 10 (2), 199-207.

Winnicott, D.W. (1993) Preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D.W. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. (J. Russo Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1956)

O USO DE DOCUMENTÁRIOS NA PESQUISA QUALITATIVA PSICANALÍTICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

MARIA JULIA CHINALIA

RAFAEL AIELLO-FERNANDES

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO-VAISBERG

RESUMO

Esta comunicação tem como objetivo tecer considerações metodológicas ao redor do uso do método psicanalítico no estudo documentários cinematográficos centrados em entrevistas de pessoas.Este tipo de pesquisa se insere num conjunto de investigações que tem permitido tanto o estudo de imaginários coletivos como da experiência emocional de indivíduos e coletivos.

Palavras Chave: Experiência Emocional, Documentários, Pesquisa Psicanalítica.

Introdução

O objetivo deste trabalho é apresentar o uso de produções cinematográficas em pesquisas qualitativas que focalizam imaginários coletivos e experiência emocional. Justifica-se na medida em que essa tem se revelado uma alternativa promissora para a produção de conhecimento científico. Apresenta-se, desse modo, como uma das abordagens qualitativas possíveis, como a etnografia, a análise de discurso, a pesquisa de ação e a abordagem feminista, entre outras. Consideramos que essa pluralidade metodológica não é acidental, mas sinal de coerência com uma visão da psicologia como ciência hermenêutica, segundo a qual todo conhecimento é posto em perspectiva e toda conclusão é posta em cheque quanto seu aspecto definitivo, uma vez que toda compreensão interpretativa pode ser sempre suplementada e, deste modo, continuamente transformada (Banister et. al., 2006).

Como gênero ficcional ou não, as produções cinematográficas permitem o acesso a situações da vida real e ao depoimento de pessoas, que participam na qualidade de atores culturais ou teatrais. Não podemos, como psicólogos, assumir que se comportam diante da câmera como o fariam sem ela ou sua equipe, pois nenhuma conduta, por mais

psicótica que seja, se faz na total e duradoura desconsideração do ambiente. No entanto, entendemos que a atuação diante da câmera permite a comunicação com um número maior de pessoas, visando plateias potenciais. Este posicionamento é o que interessa de fato. A nosso ver, a produção cinematográfica permite a manifestação de subjetividades num campo de encontro inter-humano.

Desse modo, abordar psicanaliticamente uma obra de cinema corresponde a um encontro com alguém que se dirige a nós, de modo paradoxalmente preciso e vago, através de uma câmera. Consiste, metodologicamente falando, no que se pode denominar uma pesquisa psicanalítica empírica na medida em que se organiza por meio do uso do método psicanalítico na pesquisa de fenômenos humanos que se dão fora do enquadre de atendimento padrão. Segue, basicamente, o delineamento que tem sido utilizado em diversas teses, dissertações e artigos, contando como exemplo os trabalhos de Arós e Aiello-Vaisberg (2009), Corbett et. al. (2012), Montezi et. al. (2013) e Borges, Barcellos e Aiello-Vaisberg (2013).

Apresentando o Método

O método psicanalítico pode ser definido de modo preciso como uma forma geral de compreensão dos fenômenos humanos, que se põe em marcha através da associação livre de ideias e da atenção flutuante. De um ponto de vista lógico inscreve-se, hoje, entre os chamados métodos qualitativos de pesquisa, na medida em que estes últimos são definidos como estudos interpretativos, sempre contextualizados, de questões humanas, que se apresentam como problemas relativos a ações e experiências de seres humanos (Banister et al, 2006).

Laplanche e Pontalis (1967/1992) definem a atenção flutuante como o modo através do qual o analista deve escutar o paciente, não privilegiando, a priori, qualquer elemento de seu discurso, o que implicaria um funcionamento mais livre possível de sua atividade inconsciente. A associação livre, por sua vez, corresponderia, a seu ver, ao cultivo da tentativa de exprimir indiscriminadamente todos os pensamentos, sem sobre eles exercer qualquer tipo de censura.

Esta compreensão canônica dos passos constituintes do método psicanalítico foi ampliada, em nosso Grupo de Pesquisa, na medida em que compreendemos que tanto a atenção flutuante como a associação livre de ideias - ambas praticadas tanto pelo paciente como pelo analista, como duas faces da mesma moeda - podem ser entendidas como abertura fenomenológica e existencial para o acontecer clínico (Avila, Tachibana e

Aiello-Vaisberg, 2008). O mesmo método pode ser usado de modo rigoroso na abordagem de produções culturais, exigindo o mesmo cultivo de uma atitude aberta, a partir do olhar particular da psicanálise que demanda, por sua vez, desapego a crenças e teorias (Arós e Vaisberg, 2009).

Inspiramo-nos na obra de Politzer (1928/1998) para compreender que o pressuposto fundamental, sobre o qual esse método se assenta, é o de que *toda conduta humana é atravessada por múltiplos sentidos que emergem a partir das experiências concretas de vida das pessoas e coletivos humanos.* Esse pressuposto, que consideramos ético e inclusivo (Aiello-Vaisberg, 1999) é a inspiração fundamental do método psicanalítico, e justifica a consideração da psicanálise como uma possibilidade de ruptura com a tradição abstracionista da psicologia clássica. A partir da leitura do texto politzeriano, José Bleger (1963/1989) faz justiça à necessidade de retorno à concretude da experiência, compreendendo toda manifestação humana como conduta, ou seja, em sua totalidade significativa, que tem sempre um caráter vincular.

De acordo com Bleger (1963/1989), a conduta corresponde a manifestações humanas que se expressam, sempre e simultaneamente, em três áreas: mental, corporal e de atuação no mundo externo. A qualificação de uma conduta como pertencente a algum destes três campos seria dada, então, pela predominância de algum deles em dado momento. No que se refere à amplitude do fenômeno a ser estudado, a conduta pode ser compreendida em três âmbitos: o do indivíduo, o de grupo e o de instituições, como práticas ou normas. Finalmente, a conduta humana deve ser considerada como emergente de contextos ou campos. Segundo a ótica blegeriana, cabe distinguir três subestruturas nos campos da conduta: o ambiente ou subcampo geográfico, que corresponde, praticamente, ao que pode ser percebido por um observador relativamente externo ao acontecer em pauta; o subcampo psicológico, que abrange as experiências vividas e, finalmente, o subcampo da consciência, que consiste nas experiências que são conscientemente vivenciadas num certo momento.

Adotando as recomendações metodológicas de Bleger (1963/1989), temos utilizado o método psicanalítico, em nosso Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq, Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção, para focalizar um tipo particular de condutas que denominamos imaginários coletivos. Trata-se de manifestações simbólicas de subjetividades grupais, que geram produtos e conformam ambientes humanos configurando, desta forma, verdadeiros mundos vivenciais onde se mesclam dimensões históricas, sociais, culturais, psíquicas e emocionais.

Tais ambientes que são, por sua vez, o contexto em que emergem novas condutas, tais como práticas, sentimentos, ideias, obras e instituições, organizam-se a partir de um substrato afetivo emocional, que normalmente não é consciente, que temos denominado, nos diferentes trabalhos produzidos em nosso Grupo de Pesquisa, como campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos[18]. Usamos esta terminologia a bem da clareza, mas deve ficar evidente que corresponde, desde uma perspectiva blegeriana, à grande porção do campo psicológico, que, por seu turno, é sempre vincular, sem coincidir com o campo da consciência. Compreendemos os campos de sentido afetivo-emocional como o substrato a partir do qual emergem as manifestações de conduta, o que permite que sejam compreendidas como acontecer humano.

Entretanto, as diversas pesquisas realizadas sobre imaginários coletivos, que envolvem sempre o que determinado grupo social imagina sobre outro grupo, passando por estudos em que focalizamos o imaginário de um grupo sobre si mesmo, (Cabreira et. al., 2007). Mais recentemente, viemos a diversificar nossos objetivos investigativos, na medida em que passamos a focalizar a experiência emocional de indivíduos que pertencem a grupos sociais discriminados. Assim, enquanto prosseguimos com o estudo de imaginários coletivos, passamos simultaneamente a considerar mais proximamente os efeitos subjetivos do preconceito e discriminação sobre aqueles que são seus alvos. Esta nova empreitada exigiu-nos uma ampliação de leituras, que passaram a incluir as contribuições de autores como Fanon (1952), cuja abordagem da experiência vivida pela vítima do racismo muito contribui para a produção de um conhecimento compreensivo. Na mesma linha, os ensaios de Memmi (2007), que abordam as experiências emocionais de colonizadores e colonizados, são eloquentes ao indicar a importância desse tipo de estudos. Deste modo, entendemos que estudos sobre imaginários e sobre experiência emocional podem confluir fecundamente na produção de conhecimento sobre preconceito, humilhação e sofrimento.

Curiosamente, o conceito de experiência não figura nos mais importantes dicionários de psicanálise, tais como o Laplanche e Pontalis (1967), Moore e Fine (1990)

---

[18] O leitor interessado pode consultar as seguintes produções : Barreto, M.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007), Couto, T.H.A.M., Tachibana, M., Aiello- Vaisberg, T.M.J. A (2007), Ávila, C. F.; Tachibana, M.& Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008), Pontes. M.L.S.; Cabreira, J.C.; Ferreira, M.C.& Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2008), Russo, R.C.,T., Couto, T. H. A. M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009), Martins, P. C. R., & Vaisberg, T. M. J. A. (2009), MARTINS, P. C. R.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009), Martins, P.C.R.; Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2010), Barcelos, T.F.; Tachibana, M.& Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010), Cabreira, J.C.; Pontes. M.L.S.; Tachibana, M.& Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2010), Fialho, A. A.; Fernandes, R.A.; Montezi, A. V. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012), Granato, T.M.M. Aiello-Vaisberg T.M.J. (2013), Montezi, A.V.; Barcelos, T.F.; Ambrosio, F.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013), Gallo-Belluzzo, S.R., Corbett, E.; Aiello-Vaisberg,T.M.J. (2013), Tachibana, M. ; Montezi, A. V. ; Barcelos, T.F. ; Sirota, A.; Vaisberg, T. M. J. A. (2014).

ou no de Roudinesco e Plon (1998), apesar do termo ser frequente nos textos psicanalíticos freudianos e pós-freudianos. Entretanto, talvez não seja difícil compreender porque um conceito altamente valorizado pela fenomenologia não ganhe suficiente destaque na psicanálise, se nos lembrarmos de que a metapsicologia, tão valorizada desde que foi proposta, é uma construção sofisticada de tipo energético e não hermenêutico.

Se a mais acabada construção teórica, a metapsicologia, corresponde ao modelo de um aparelho físico percorrido por energias impessoais, não se pode negar que a prática clínica sempre se fez sob forma de intepretação de sentidos afetivo-emocionais, via de regra não conscientes, das comunicações dos pacientes. Assim, somos forçados a reconhecer que coexistem, no interior do freudismo, uma vertente metapsicológica e uma teoria do sentido (Politzer, 1928). Atualmente, este visão é consensual. Entretanto, diferentes têm sido os posicionamentos adotados pelos estudiosos diante dessa questão. Muitos autores importantes, como Ricoeur (1987), que vem sendo bastante estudado entre nós (Franco,1995), defendem o respeito a tal duplicidade, vendo aí uma prova da riqueza do pensamento freudiano. Outros acreditam ser possível abrir mão das formulações metapsicológicas e trabalhar em termos exclusivamente interpretativos. Esta é a opção de autores como Politzer (1929), Bleger (1863)Stolorow, Brandchaft e Atwood (2000) e Mitchel (1988), entre outros. Nosso Grupo de Pesquisa tem aderido a esta perspectiva, combatendo as especulações metapsicológicas como equivoco que gera consequências que conspiram contra o reconhecimento de que a psicologia é uma ciência humana.

Contudo, não é preciso grande esforço para perceber que o conceito de experiência ocupa posição central na vertente dramática da psicanálise, aquele que, entre nós, tem-se firmado como psicologia concreta da conduta (Bleger,1963). Este conceito está no próprio cerne daquilo que é definido como dramática e como conduta, no sentido blegeriano. Assim, defendemos que o conceito de experiência que, sob a pena de Merleau-Ponty (1945), justamente demonstra que vivemos nossa experiência imediata, de modo sensível e pré-reflexivo, corresponde a um ponto de partida fundamental para a psicanálise. No que diz respeito aos nossos interesses imediatos de pesquisa,trabalhar com o conceito de experiência emocional é fundamental, já que estamos interessados em conhecer a realidade pessoal de indivíduos vítimas de preconceitos. Trata-se, portanto, de focalizar a experiência vivida, expressão com a qual queremos designar o que Politzer

(1928) referiu como “fato psicológico em primeira pessoa”, compreendendo os múltiplos sentidos, conscientes e não conscientes, que plasmam a vida sócio psíquica.

Ainda que possamos conceber que aquilo que queremos significar, sob o termo experiência, possa ser perfeitamente pensado como conduta molar (Bleger,1963), que se dá tanto em campo psicológico-vivencial não consciente como em campo da consciência, são inegáveis as vantagens do uso explícito da palavra experiência, incluindo tanto a possibilidade de teorizar de modo maximamente próximo ao acontecer humano como a de facilitar a abordagem de participantes de pesquisas, desde perspectivas éticas que norteiam a pesquisa qualitativa em psicologia (Banister et al, 2006)

De todo o modo, deslocando nosso interesse do foco em condutas imaginativas, para acrescentar a consideração da experiência emocional, posicionando a pessoa no centro mesmo do acontecer inter-humano, seguiremos utilizando o método psicanalítico justamente porque mantemos nosso interesse voltado para o estudo do substrato afetivo-emocional subjacente às manifestações humanas. Nesta linha, consideramos que abordar psicanaliticamente a experiência emocional implica tanto na identificação daquilo que foi vivido como na criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocionais a partir este mesmo vivido emergiu.

Sendo assim, entendemos que o conhecimento psicanalítico derivará, na presente pesquisa, da produção interpretativa e, portanto, compreensiva, dos campos de sentido afetivo-emocional subjacentes à experiência emocional, o que permitirá a elaboração de teorias locais que apresentem potencial heurístico na atribuição/encontro de sentido afetivo-emocional daquilo que foi vivido.Esperamos que este tipo de conhecimento possa contribuir, ao lado de outros, produzidos por outras perspectivas e outras ciências humanas, como processo de superação de condições, eticamente inaceitáveis, de discriminação, humilhação e preconceito que alteram profundamente, pelo sofrimento que acarretam, a experiência de vida de indivíduos e coletivos.

Procedimentos Investigativos no Estudo de Documentários

Quando trabalhamos com documentários que se centram em entrevistas, encontramo-nos diante de material que se presta a investigações sobre experiência emocional, mediante o uso do método psicanalítico.

Escolhemos trabalhar com este tipo de material justamente porque o método psicanalítico pode ser operado no estudo de manifestações expressivas, que nos chegam

sob a forma de produções que se inscrevem, no mundo da arte e da cultura ou jornalisticamente, segundo cunho realista. Este tipo de investigação exige que o pesquisador se coloque na posição de plateia, habitando um campo transferencial que se estabelece entre a pessoa entrevistada, a câmera, e a exposição ao material cinematográfico, que realizamos nossa investigação.

Compreendemos a exposição ao material cinematográfico, documentário ou não, curta ou longa metragem, como configuração de um encontro inter-humano peculiar, que aproxima diferentes subjetividades. A obra apresenta-se, assim, de modo inerentemente aberto e inacabado, como conduta da terceira área blegeriano de expressiva, que se abre, que demanda e exige para sua atualização, a presença do espectador.

No caso especifico de documentários centrados em entrevistas, um fenômeno *sui generis* ocorre. Enquanto, no tempo presente do documentário, a pessoa conversa com o cineasta e com a sua câmera, a pesquisadora estabelece contato com o acontecer retratado, na qualidade de integrante do sujeito coletivo, a plateia, que se situa por trás da câmera. Devemos ter sempre esta peculiaridade em mente, pois o campo transferencial que aí se estabelece é diverso de qualquer outro.

A nosso ver, o fato do depoimento ser vivido como uma comunicação à plateia por trás da câmera, torna o documentário uma autêntica manifestação de subjetividade que se dá, como não poderia deixar de ser, num campo de encontro inter-humano. Assim, abordar psicanaliticamente um documentário centrado na expressão verbal e na presença total de uma pessoa, tal como em "Bagatela", corresponde a um encontro com alguém que se dirige a nós, de modo paradoxalmente preciso e vago, por meio de uma câmera cinematográfica.

Em nossa prática, temos criado uma forma de operacionalização do método psicanalítico, com o intuito de permitir intercâmbios com pesquisadores qualitativos que utilizam outros referenciais teóricos. Esta operacionalização foi inicialmente usada em pesquisas sobre imaginários coletivos, realizadas em entrevistas individuais ou grupais. A seguir, foi usada, também, no estudo de experiências emocionais a partir de entrevistas (Corbett, 2009). Seguindo nesta mesma direção, percebemos que com algumas adaptações, de menor monta, podemos nos guiar pela mesma forma de organização metodológica de procedimentos quando trabalhamos com material cultural, tais como filmes, composições musicais ou noticias e reportagens. Os documentários centrados em entrevistas, visando estudar a experiência emocional, requerem, a nosso ver, as mesmas adaptações que estes materiais.

Basicamente, a operacionalização que temos usado em nossas pesquisas empíricas consiste na distinção cinco procedimentos investigativos: procedimento de seleção, encontro, registro e interpretação do material cultural, bem como o procedimento de interlocuções reflexivas sobre as interpretações. Vale salientar que o encontro, registro e produção interpretativa do material cultural segue, fielmente, o método psicanalítico, em termos de atenção flutuante e associação de ideias. Por outro lado, a seleção pode seguir variados caminhos, que são convergentes com o espírito do método mas não exatamente o método colocado em ação. Finalmente o procedimento de interlocuções reflexivas consiste num “pensar” sobre as interpretações à luz de considerações de autores, psicanalíticos ou não, cujas visões antropológicas se harmonizam com aquelas que subjazem à psicologia concreta.

Lembrando que o estudo de produções culturais ou sociais ocorre sempre sob a forma de encontros inter-humanos que geram, no pesquisador, impactos emocionais, falando à sua sensibilidade e capacidade clínicas, podemos considerar que todo produto da ação humana é uma forma de comunicação, de indivíduos e grupos, que configura campos subjetivos relacionais. À luz desta visão, definimos, a seguir, os procedimentos investigativos apropriados ao estudo psicanalítico de documentários centrados em entrevistas.

Neste tipo de pesquisa, o primeiro procedimento investigativo a ser posto em marcha deve ser, logicamente, o da seleção do material. Este procedimento consiste basicamente em busca de materiais culturais que se faz atualmente via internet. O ponto fundamental é definir bem o problema a ser estudado, a partir do qual estabelecemos um objetivo de pesquisa, para, a seguir, definir critérios de seleção. À guisa de exemplo, mencionamos, aqui, os critérios que usamos para pesquisa de doutorado, que desenvolvemos no momento. Estamos interessadas na experiência emocional de mulheres que estiveram presas por delitos de pequena monta, conhecidos como crimes de bagatela. Estes se definem como pequenos furtos que custariam demais ao Estado para serem processados. Deste modo, são considerados insignificantes frente à condição daquele que furta. Assim, para acessar material significativo, estabelecemos os seguintes critérios: 1) busca de produções cinematográficas nacionais sobre “mulheres na prisão”; 2) busca de filmes do gênero documentário e 3) busca de produções realizadas contemporaneamente, vale dizer, durante o século XXI. A aplicação desses critérios resultou no achado da produção: “Bagatela”, de 2010, realizado sob a direção de Clara Ramos.

A questão do registro, que assume proporções bastante especiais quando trabalhamos com entrevistas, que não são , por sua natureza, reprodutíveis, fica facilitada na pesquisa como documentários, que são, em si mesmo, uma forma de registro de um encontro inter-humano. Assim, podemos utilizar o próprio filme como registro. Entretanto, visando facilitar o trabalho de interpretação, e, posteriormente, o de leitura, temos optado por realizar uma transcrição integral das falas. Vale aqui lembrar que a pequena duração dos documentários se apresenta como uma vantagem, podendo ser revistos várias vezes, sem exigir o tempo alargado requerido pelos longas-metragens. Deste modo, neste tipo de investigação, os documentários e transcrições ficam bastante acessíveis aos interessados.

No que diz respeito ao procedimento interpretativo, seguimos os mesmos passos cumpridos em todas as pesquisas realizadas em nosso Grupo de Pesquisa, que é composto por pesquisadores que compartilham formação psicanalítica e familiaridade com o uso do método psicanalítico em pesquisa empírica qualitativa.

Sendo este o ambiente grupal, podemos trazer o material para o que podemos designar como “conversações interpretativas” sobre o material. Estas são realizadas a partir do cultivo da atenção flutuante e de associações livres. Por este caminho, torna-se possível a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, por meio da emergência contratransferencial de impressões e elaborações sobre o contato vivido com o material apresentado. Tais campos podem ser criados/encontrados a partir da observação das palavras de ordem sugeridas por Fabio Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho do sentido emergente”.

Quando, após varias “conversações interpretativas”, chegamos à definição de campos de sentido afetivo-emocional, que são sempre minimalistas, por consistirem na enunciação das regras lógico-emocionais que organizariam o substrato subjacente às condutas, estamos em condições de sair do que seriam conversas internas, para interlocuções com outros autores. Conversaremos com outros autores, psicanalíticos ou não, sobre assuntos muito bem delimitados: os campos de sentido afetivo-emocional que encontramos.

Este tipo de estudo deve ser finalizado com o procedimento investigativo que denominamos elaboração de interlocuções reflexivas, que corresponde à seção habitualmente intitulada "discussão de resultados". Este processo consiste em examinar ideias e teorias que possam iluminar os campos de sentido afetivo-emocional produzidos,

a partir de interlocuções com autores que se debruçam sobre situações análogas às do nosso tema.

A bem da clareza, cabe destacar o fato deste procedimento se diferenciar dos anteriores, durante os quais buscamos por em marcha tanto a atenção flutuante como a associação livre, justamente por se caracterizar como um tipo distinto de trabalho intelectual. Isto não significa, no entanto, que nos afastamos da perspectiva dramática em direção a especulações abstratas e distanciadas do acontecer inter-humano, mas que este último procedimento envolve um distanciamento mínimo em relação ao acontecer vincular estudado, tal que seja suficiente para a inclusão de considerações e diálogos com outros autores.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre Docência Barreto, M. A.; Aiello-Vaisberg, não publicada, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, SP.

Arós, A. C. S. P. C. (2009). Irrealidade, futilidade e vazio: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2009

Ávila, C. F., Tachibana, M., & Vaisberg, T. M. J. A. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia (Ribeirão Preto), 18*(39), 155-164.

Banister, P; Burman, E; Parker, I; Taylor, M. e Tindall, C (2006). Qualitativemethods in psychology: a researchguide. New York, Opera University Press.

Barcelos, T.F.; Tachibana, M.& Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática* 12 (1), 85-96.

Barreto,M.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007) . O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista*16 (2), 310-329.

Bleger, J. (1963). Psicologia da conduta. (E. O. Diehl, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Bleger, José (1958). Psicoanálisis y dialéctica materialista, Buenos Aires, Paidós.

Botelho-Borges, A. A., Barcelos, T. F. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2013). Leal a si mesmo: um diálogo com o filme 'meu tio matou um cara'. In XI Jornada Apoiar: adolescência: identidade e sofrimento na clínica social- instituto de psicologia da universidade de São Paulo 22 de novembro de 2013.

Cabreira, J.C.; Pontes. M.L.S.; Tachibana, M.& Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2013) O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. Trabalho apresentado na I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Recuperado em: 26/04/2013 http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e- Fenomenologia.pdf

Cabreira, J. C.et. al. (2007b). "Incompreensão, vazio e oposição pueril": o imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. In: Jornada De Pesquisa Em Psicanálise E Fenomenologia, 1, 2007b, Campinas.

Corbett, E. (2009). Até que a morte nos separe e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Corbett et. al. (2012). "Jean Charles" e o Preconceito contra Imigrantes: Considerações Psicanalíticas Preliminares. In X Jornada Apoiar - O Laboratório De Saúde Mental E Psicologia Clínica Social- 20 Anos: O Percurso E O Futuro – Instituto de Psicologia da USP 23 de Novembro de 2012

Couto,T.H.A.M., Tachibana, M., Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2007). A Mãe, o Filho e a Sindrome de Down. Paidéia, 17(37),265- 272.

Fanon, Frantz. (1952). Pele negra, máscaras brancas. Trad. de Maria Adriana da Silva Caldas. Salvador: Livraria Fator.

Fialho, A. A.; Fernandes, R.A.; Montezi, A. V. & Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2012) . O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar. In *Proceedings of the 1st. Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasi lAmérica: Encontros e Desencontros.*

Franco, S. G. (1995). Hermenêutica e psicanálise na obra de Paul Ricoeur. São Paulo, Loyola.

Gallo-Belluzzo, S.R., Corbett, E.; Aiello-Vaisberg,T.M.J. (2013) The First Experience of Clinical Practice on Psychology Students' Imaginary. Paideia, 23 (56),389-396

Granato, T.M.M. Aiello-Vaisberg T.M.J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais .Psicologia Clinica, 25 (1), 17-36.

Herrmann, F. (1979). O método psicanalítico. EPU.

Laplanche, J. ; Pontalis, J.B. (1976). Vocabulaire de lapsychanalyse. EditionsPresses. Universitaires de France, Vendôme.

Martins, P. C. R., & Vaisberg, T. M. J. A. (2009). Dificuldades sexuais masculinas e Imaginário Coletivo de universitários: um estudo psicanalítico. *Barbarói*, 31(2), 18-35.

Martins, P.C.R.; Aiello- Vaisberg,T.M.J. (2010). “Será que ele é?” Imaginário coletivo sobre homossexualidade. *Perspectiva* (Erexim), v.33, p.43-52.

Memmi, A. (2007). Retrato do colonizado precedido de retrato do colonizador. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Merleau-Ponty, M. (1945). Fenomenologia da percepção (C. Moura, Trad.). São

Paulo: Martins Fontes.

Mitchel, S.A. (1988). Relationalconcepts in psychoanalysis: na integration. Cambridge. Harvard University Press.

Montezi et. al. (2013). Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 74-88, abr. 2013.

Montezi, A.V.; Barcelos,T.F.; Ambrosio,F.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013) Linha de Passe: Adolescência e Imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 74-88, abr.

Moore, B.; Fine, R. (1990). Psychoanalytictermsandconcepts. New Haven, Yale University Press.

Parker, J. (2005). Qualitativepsychology: introducing radical research. London Open University Press.

Politzer, G. (1975). Critica dos fundamentos da psicologia (2a ed.). Lisboa: Presença. (Original publicado em 1929).

Pontes. M.L.S.; Cabreira, J.C.; Ferreira, M.C.& Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. Psicologia em Estudo, 13(3), 495-502.

Ricoeur, P. (1987) *Teoria da interpretação*. Lisboa : Editora 70, 1987. p.43-48, 62-74, 146.

Roudinesco E. , Plon M. (1998) Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

Russo, R.C.,T., Couto, T. H. A. M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. Psicologia e Sociedade, 21 (2), 250-255.

Stolorow, R.D.; Brandchaft B &Atwood, G. E. (2000). Psychoanalytictreatment: anintersubjective approach. Hillsdale, NJ Analytic Press.

Tachibana, M. ; Montezi, A. V. ; Barcelos, T.F. ; Sirota, A. ; Vaisberg, T. M. J. A. (2014). Who are the teenagers of today? Collective imaginary of Brazilian teachers. International Journal of Information and Education Technology, v. Vol.5(1), p. 474-49.

RACISMO NA MPB: UM ESTUDO PSICANALÍTICO

RAFAEL AIELLO-FERNANDES

NATÁLIA DEL PONTE DE ASSIS

RAQUEL DUARTE MOURA SILVA

THAÍS SALGUEIRO LEÃO

TANIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

Resumo

Esta comunicação tem como objetivo apresentar considerações preliminares sobre a etapa inicial de uma pesquisa que consiste em estudar o racismo na música popular brasileira. Justifica-se, de um lado, pela importância do fenômeno do racismo, cuja presença no imaginário coletivo brasileiro, hoje reconhecida, provoca sofrimentos emocionais em indivíduos e coletivos e, de outro, pelo fato da música popular corresponder a uma forma de manifestação cultural e artística que tende a se configurar, em nosso país, como canal privilegiado na expressão da dramática do viver das camadas mais desfavorecidas. Organiza-se metodologicamente a partir do estudo psicanalítico de um conjunto de composições, que integram os álbuns “Petrobrás II- Maldito Vírgula” e “Isso Vai Dar Repercussão”, de autoria de Itamar Assumpção, figura proeminente do movimento cultural conhecido como Vanguarda Paulista ou Paulistana. As faixas dos álbuns foram escutadas em estado de atenção flutuante, em busca de manifestações sobre o “ser negro”, tendo em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos. Até o momento, foram produzidos interpretativamente dois campos de sentido afetivo emocional: “Pura Mistura” e “Culturalmente Confuso”. O trabalho prosseguirá por meio do estabelecimento de interlocuções reflexivas sobre tais achados, mantendo, como horizonte, a consideração das eventuais vinculações entre o “ser negro” e o racismo.

Palavras-chave: racismo, imaginários coletivos, musica popular brasileira, pesquisa com o método psicanalítico

Um Breve Panorama do Racismo no Brasil

A problemática do racismo contra negros no Brasil se configura como um campo complexo que, com o progressivo reconhecimento de que o país não está livre do problema do preconceito racial, vem demandando cada vez mais a atenção da comunidade acadêmica, do poder público e da sociedade civil como um todo. É dentro deste contexto que abordaremos de modo preliminar essa temática, visando delinear questões necessárias para o seu estudo. Focaremos, especificamente, as possíveis contribuições que a psicanálise, quando entendida como saber que se fundamenta no estudo da experiência emocional do ser humano, pode oferecer para elucidar as dimensões emocionais envolvidas no problema. O estudo de imaginários coletivos, concebidos como condutas que emergem a partir de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos, deve ser aqui valorizado, na medida em que se constituem como ambientes vivenciais, que, parafraseando Winnicott (1965) podem ser compreendidos como um lugar em que vivemos.

Consideramos fundamental entender que o racismo se configura como uma realidade multifacetada, que envolve fatores históricos, econômicos, geopolíticos, institucionais, culturais e psicológicos, estreitamente ligados à expansão ultramarina da civilização europeia a partir do século XV e à formação de sociedades coloniais. Sua abordagem, portanto, requer uma adequada consideração de tal complexidade, o que nos leva à necessidade de dialogarmos com outros campos de conhecimento, a fim de bem colocarmos o problema.

É importante destacar a singularidade da questão do racismo no Brasil. Como se sabe, este país foi o que recebeu o maior contingente de africanos escravizados nas Américas (Alencastro, 2010). Desde o século XIX, com a independência de Portugal, o lugar do negro na nação se transformou em uma preocupação da elite e dos intelectuais ligados a ela, o que se intensificou com a abolição da escravidão em 1888. Em um primeiro momento, a intelectualidade aderiu às teorias do racismo científico, buscando “embranquecer” o país tanto cultural como demograficamente, através da imigração de mão de obra européia (Scharwcz, 1994; Hofsbauer, 2003). Posteriormente, na década de 1930, a obra de Gilberto Freyre (2006), escrita no período em que as antigas teorias racistas já estavam sendo superadas por interpretações mais centradas na cultura do que na biologia, forneceu as bases para a interpretação de que a miscigenação das populações que constituíram o Brasil teria impedido que o racismo se formasse no país.

Sua obra ofereceu bases para que se pensasse o Brasil como uma “democracia racial”, onde o preconceito de cor não existiria.

Tal visão exerceu grande influência no imaginário nacional. Foi apenas a partir da década de 1950, e com maior intensidade a partir de 1970, que tal teoria passou a ser seriamente questionada. Novos estudos mostraram que a hierarquia social no Brasil era também pautada em critérios de cor e que o racismo seria um fator que impediria o exercício pleno de cidadania da população negra. No entanto, ainda levaria algumas décadas para que tais investigações fossem assimiladas no debate público, de modo que foi somente durante as preparações para a Conferência de Durban, em 2001, que os movimentos negros e os intelectuais brasileiros conseguiram que o governo federal reconhecesse oficialmente que o Brasil sofre com o problema do racismo (Skidmore, 1991; Andrews 1997; Guimarães, 2004). Desde então, adentramos em uma nova fase, na qual as autoridades passaram a manifestar a disposição de, efetivamente, criar mecanismos de “discriminação positiva”, com o intuito de combater o preconceito racial. Do lado acadêmico, a questão do racismo também ganhou nova relevância e destaque.

Cabe destacar, no entanto, que historicamente a psicologia e a psicanálise no Brasil não abordaram o tema com a mesma densidade das outras ciências sociais, especialmente a sociologia e a antropologia que, a partir de suas respectivas abordagens conceituais, chamaram a atenção para as especificidades da questão no contexto brasileiro. Atualmente é amplamente aceito que não exista o racismo em si, mas diversas formas de expressão deste fenômeno, em estreita vinculação com contextos específicos, e essas disciplinas buscam justamente analisar as particularidades do racismo à brasileira. Tendo isso em mente, acreditamos ser necessário desenvolver um enfoque adequado, considerado as suas dimensões epistemológicas e metodológicas, para o estudo dos efeitos do racismo na subjetividade, no caso a brasileira, pensando em como a psicanálise pode contribuir para a discussão. Há diversos caminhos para a realização de pesquisas empíricas sobre o racismo a partir do uso do método psicanalítico. Neste momento, escolhemos a abordagem da musica popular como fenômeno cultural, por meio do qual a dramática do viver pode ser expressa.

Quando abordamos os sofrimentos gerados pelo racismo, um dos interlocutores fundamentais é Frantz Fanon (2008) que, em sua obra *Pele Negra, Máscaras Brancas*, chama atenção para a necessidade de se realizar um sócio-diagnóstico do problema do racismo, argumentando que esse não pode ser entendido fora de suas conexões com as

realidades econômicas e políticas e de sua relação com a temporalidade. Partindo da psicanálise, afirma que é necessário, para estudar o problema do racismo, acrescentar o estudo de sua sócio-gênese à originalidade de Freud em relação ao saber de seu tempo, ou seja, à tomada de consideração da dimensão ontogenética na explicação das psicopatologias. Com isso, Fanon (2008) abre a possibilidade para o estudo dos impactos das expressões existenciais da colonialidade na experiência vivida, articulando-as com a realidade social e histórica. A partir de então, analisa diversos aspectos da experiência emocional em um contexto no qual o racismo contra o negro gera efeitos devastadores de despersonalização, subalternização e invisibilização do corpo e subjetividades negras. Isto culmina na produção social de um complexo de inferioridade com o objetivo de perpetuar as relações de poder e dominação, ligadas ao lugar em que o negro foi colocado na modernidade pela violência do escravismo, da expansão imperial das nações colonizadoras e das construções discursivas justificadoras da dominação dos povos nomeados como “de cor”.

Tal compreensão permite a Fanon (2008) analisar como as relações de poder se expressam nas dimensões mais sutis e pessoais da existência daquele que é alvo de racismo, desde a linguagem e as relações amorosas até os sonhos e a relação com os outros. De particular importância consideramos o capítulo *A Experiência Vivida do Negro*, onde, fazendo um itinerário de sua própria experiência pessoal, mostra como o racismo o atacou em sua própria estrutura ontológica, perturbando sua relação com o próprio corpo e com a própria racionalidade. Evidencia-se, então, como o processo de psicopatologização que afeta aquele que sofre o racismo se liga a um contexto amplo, impossível de ser reduzido a uma dimensão intrapsíquica ou de mera desadaptação individual. O autor, portanto, mostra como as “lendas, histórias, a história e, sobretudo, a historicidade”, bem como estereótipos e mitos, imputados como essência do povo negro pelos discursos coloniais, – a antropofagia, o atraso mental, o fetichismo, as taras raciais, a mentalidade primitiva etc. – atacam-lhe as estruturas mais íntimas do existir.

Sabemos que o racismo contemporâneo não se expressa necessariamente de modo aberto e explícito, podendo lançar mão de modalidades extremamente sutis de concretização. Entretanto, sua maior ou menor visibilidade certamente não significa que movimentos no sentido de verdadeira superação estejam ocorrendo, pelo contrário. Sendo assim, parece-nos importante tanto a realização de pesquisas empíricas qualitativas, como o uso de métodos investigativos dotados de condições de acesso ao

que pode estar encoberto.

O Racismo como Drama

Consideramos ser fecundo articular essas proposições de Fanon (2008) com o referencial de uma psicanálise intersubjetiva concreta, inspirada na obra do psicanalista argentino José Bleger (1958; 1963). Acreditamos que este último, a partir de sua leitura de Geoges Politzer (1928), faz justiça à necessidade de retorno à concretude da experiência na psicanálise, compreendendo toda manifestação humana como conduta, ou seja, em sua totalidade significativa, que tem sempre um caráter social e vincular. A crítica de Politzer (1928) aos fundamentos da psicanálise, retomada por Bleger (1958; 1963), centrou-se justamente em denunciar os procedimentos intelectuais – realismo, abstracionismo, formalismo – que transformam os acontecimentos dramáticos da vida dos sujeitos em coisas ou forças impessoais, em processos despersonalizados, convertidos em entidades metafísicas e objetificadas na forma de um aparelho psíquico concebido em termos energéticos e pulsionais. Contra tal concepção, Politzer (1928) preconizou um retorno ao concreto das descobertas freudianas, chamando a atenção para a importância de se estudar o “fato psicológico em primeira pessoa”, ou seja, o drama.

Em meados do século XX, Bleger (1958; 1963) retomou as críticas e proposições politzerianas, compreendendo as manifestações humanas como condutas dramáticas concretas. Deste modo, veio a forjar um modo de estudar a experiência emocional do racismo em um registro que faz justiça à sua materialidade e vinculação com condições sócio-políticas. De acordo com Bleger (1958; 1963), a conduta corresponde a manifestações humanas que se expressam, sempre e simultaneamente, em três áreas: mental, corporal e de atuação no mundo externo. A qualificação de uma conduta como pertencente a algum destes três campos seria dada, então, pela predominância de algum deles em dado momento. No que se refere à amplitude do fenômeno a ser estudado, a conduta poderia ser compreendida em três âmbitos: o do indivíduo, o do grupo e o de instituições, como práticas ou normas. Finalmente, a conduta humana deveria ser considerada como emergente de campos relacionais, que se inserem e são produzidos em contextos ou conjunturas sociais, geopolíticas, históricas e culturais precisas. Segundo esta ótica, caberia distinguir três subestruturas nos campos da conduta: o

ambiente ou subcampo geográfico, que corresponde, praticamente, ao que pode ser percebido por um observador relativamente externo ao acontecer em pauta; o subcampo psicológico, que abrange as experiências vividas e, finalmente, o campo da consciência, que consiste nas experiências que são conscientemente percebidas num certo momento.

Articulamos essas reflexões com as formulações de Fábio Herrmann (1979) de que a psicanálise consiste, essencialmente, em um método de investigação sobre processos concretos e encarnados de produção de sentidos afetivo-emocionais e defendemos que a dimensão metodológica da psicanálise tem primazia sobre a doutrinária. Ou seja, utilizamos a psicanálise essencialmente enquanto método investigativo, e não como corpo teórico rígido e já estabelecido definitivamente, buscando explorar seu potencial heurístico para a produção de estudos interpretativos e compreensivos sobre o substrato afetivo-emocional subjacente às manifestações humanas. Com isso, buscamos compreender a psicanálise em suas potencialidades concretas, sem aderirmos às formulações especulativas metapsicológicas. Em suma, com Politzer (1928) e Bleger (1958; 1963), compreendemos que o pressuposto fundamental, sobre o qual o método psicanalítico se assenta, é o de que toda conduta humana é atravessada por múltiplos sentidos que emergem a partir das experiências concretas de vida das pessoas e coletivos humanos. Buscamos, assim, teorizar de modo maximamente próximo ao acontecer humano, considerando para tanto ser essencial mantermo-nos próximos da experiência emocional.

Imaginários Coletivos na Musica Popular Brasileira

Partindo, portanto, de uma visão psicanalítica que reconhece a importância das condições concretas de existência no modo como a vida pode ser experimentada, temos nos interessado em produzir conhecimento sobre uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos. Tais mundos podem ser acessados por diferentes vias, umas das quais é o estudo de produções culturais, tais como aquelas que fazem parte da chamada música popular brasileira.

Em uma série de pesquisas que realizamos a partir da defesa de nossa de tese de livre docência (Aiello-Vaisberg,1999), temos desenvolvido uma série de investigações

acerca de imaginário coletivos, concebidos como condutas (Aiello- Vaisberg & Machado, 2008), a partir da perspectiva concreta proposta por Politzer (1928), que veio a ser vivamente difundida, na América Latina, por José Bleger (1958;1963). Tais pesquisas têm gerado mestrados e doutorados, a partir dos quais temos publicado artigos em diferentes periódicos científicos (Barreto e Aiello- Vaisberg, 2007; Couto, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007; Aiello-Vaisberg et al, 2008a, Aiello-Vaisberg et al, 2008b, Aiello-Vaisberg et al, 2008c; Ávila, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008; Russo, Couto & Aiello- Vaisberg, 2009; Martins & Aiello-Vaisberg, 2009; Martins & Aiello-Vaisberg, 2010; Barcelos, Tachibana & Aiello- Vaisberg, 2010; Barreto & Aiello-Vaisberg, 2010; Montezi et al 2011a, Montezi et al 2012b; Pontes et al, 2008a; Pontes et al, 2010b; Fialho et al, 2012; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013).

Como sabemos, muitas escolas psicológicas, inclusive psicanalíticas, pensam a conduta como derivada de modificações internas, de caráter psíquico ou mental. No contexto psicanalítico, este tipo de abordagem tem sido reconhecida como tributária de um modelo denominado pulsional/relacional (Greenberg e Mitchell, 1984). A este se contrapõe outro modo de considerar as manifestações humanas, ao qual a psicologia concreta adere, de acordo com o qual experiência vivida, como conduta, emerge a partir de campos relacionais, que são substratos afetivo-emocionais não conscientes. Em outros termos, emergem de um fundo comum que existe *entre* pessoas e não a partir da interioridade psíquica individual. Toda conduta seria, assim, modo de habitar, dramaticamente, mundos ou ambientes “psicológicos” humanamente produzidos. Tais campos ganham forma a partir de atos puramente humanos, de modo que não derivam da interferência de outras forças, quer impessoais, no sentido de registros biológicos, genéticos ou físico-químicos, quer sobrenaturais, permanecendo como fenômenos essencialmente humanos·

De acordo com essa perspectiva teórico-conceitual, definimos experiência emocional como dimensão dramática da conduta de seres humanos, que não pode ser enunciada sem que, simultaneamente, estabeleçamos nossa compreensão acerca dos campos de sentido afetivo-emocional. Estes campos, produzidos por condutas, são o solo ou substrato a partir do qual novas condutas emergem, o que é muito diferente de pensar que nossos atos sejam “conduzidos” por nosso pensamento, consciente ou inconsciente. Insistimos, então, no fato de que conduta e campos de sentido afetivo-emocional são conceitos solidários, que não podem ser definidos de modo independente, sendo que sua

interdependência deriva do fato de serem, ambos, atos ou frutos de atos humanos (Machado & Aiello-Vaisberg, 2008).

Cabe, agora, voltar ao termo imaginário que, como sabemos, tem sido usado sob diferentes acepções em diversos contextos teóricos nas ciências humanas. Em nossa própria *démarche*, fiel às indicações blegerianas, forjamos o conceito de imaginários coletivos para pensá-los precisamente como condutas. Sendo assim, tanto são emergentes de campos como, por seu turno, tornam-se mundos, ambientes, campos, no contexto dos quais brotam novas condutas, novas mas não necessariamente diferentes.

Estudar imaginários coletivos, que se constituem como ambientes humanos, por meio da expressão de condutas imaginativas, a partir do uso de diferentes recursos dialógicos, tais como o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg,1999), tem-se revelado um modo fecundo de compreender os campos de sentido afetivo-emocional, que também podemos denominar inconscientes relativos (Herrmann,1979), a partir dos quais emergem novas condutas. Quando, por exemplo, pedimos a enfermeiros psiquiátricos que desenhem um adolescente e inventem uma história sobre a figura desenhada (Pontes, 2011) podemos produzir interpretativamente campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais podemos compreender os modos como tais profissionais lidam em seu cotidiano com situações tais como a de atender jovens enviados para tratamento a partir de ordens judiciais. Identificando, por meio de suas condutas imaginativas – seus imaginários coletivos - que expressam por meio de narrativas gráfico-verbais, que ambiente psicológico habitam estes enfermeiros, quando convivem com pacientes adolescentes, podemos planejar propostas interventivas que possam contribuir tanto para o cuidado dos adolescentes como para o cuidado do profissional de saúde. Neste tipo de pesquisa, partimos da solicitação de expressões imaginativas, para chegar aos campos de sentido afetivo-emocional a partir dos quais emergem, porque aquilo que é imaginado cria e mantém campos. Assim, estamos lidando com um movimento que se caracteriza pelo fato daquilo que emerge se tornar o fundo a partir do qual, no momento seguinte, outro emergente surgirá, valendo lembrar que este movimento poder ter caráter conservativo ou inovador. De todo a forma, temos um movimento, um processo incessante de atividade humana. Assim, focalizar o imaginário como emergente ou como fundo depende de uma decisão do pesquisador, pois o imaginário, paradoxalmente, não só é fundo, mas também o que emerge.

Outra via por meio da qual podemos acessar imaginários coletivos é a do estudo

de produções culturais, tais como filmes ou música popular (Arós & Aiello- Vaisberg, 2009; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2012a; Montezi et al, 2013c). Trata-se, neste caso, de estudar imaginários coletivos tais como surgem “nas” produções culturais. Usamos, nestas pesquisas, o mesmo método psicanalítico, o que nos tem permitido ampliar o âmbito de nossas conclusões, desde contextos grupais mais restritos para outros mais ampliados. Isso não significa, de modo algum, que estamos abandonando a psicologia em favor de outras ciências, como a sociologia ou antropologia, pois nossa preocupação segue rigorosamente o recorte que define a psicologia concreta, na medida em que mantém seu foco sobre na conduta enquanto experiência emocional de pessoalidades humanas, individuais ou coletivas.

No que tange especificamente ao uso de composições da música popular brasileira, que focalizamos anteriormente em trabalhos de iniciação científica (Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2012; Figueredo & Aiello-Vaisberg, 2012; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013a; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013b; Leão & Aiello-Vaisberg, 2013; Silva & Aiello-Vaisberg, 2013 e Corbett et al, 2012), temos optado por dois diferentes tipos de trabalho. Na primeira vertente, articulamos as produções com a possibilidade de, via *web*, ter conhecimento acerca do que é mais frequentemente buscado pelo internauta, o que evidencia um interesse inegável pela obra. Deste modo, podemos trabalhar com preferências populares (Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2013; Leão & Aiello-Vaisberg, 2013; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013b e Silva & Aiello-Vaisberg, 2013). Na segunda vertente, temos nos dirigido a obras reconhecidas como, histórico, cultural e esteticamente significativas, tais como aquelas de Chico Buarque de Holanda e de Adoniran Barbosa (Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013a; Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2013) Estas duas vertentes, cada uma a seu modo, tem-se revelado terreno fecundo para o estudo de imaginários coletivos.

O presente trabalho pertence à segunda vertente de estudos. Neste caso, não focalizaremos preferências de internautas para, em lugar disso, interrogar uma produção reconhecidamente valiosa, em termos de criar/encontrar os campos de sentido afetivo emocional a partir dos quais emerge. Deve, contudo, estar claro que não pretendemos estudar os múltiplos sentidos que atravessam uma obra tão complexa, mas recortar um aspecto que corresponde ao nosso interesse de pesquisa: a questão do racismo. Isso não significa que buscaremos manifestações explícitas sobre racismo, já que tomamos outro caminho, inclusive por sabermos que o racismo à brasileira não se caracteriza como

fenômeno de visibilidade imediata. Assim, rastrearemos as produções de Itamar Assumpção buscando aquelas que tematizam o "ser negro" que, evidentemente, pode surgir nas composições de modo associado ao reconhecimento e tomadas de posição frente ao racismo – ou não. Uma vez selecionadas as composições que tematizam o "ser negro", procederemos ao trabalho de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos.

Estratégias Metodológicas

Na medida em que se trata de pesquisa qualitativa com método psicanalítico, voltada ao estudo de produções de musica popular, este trabalho se organiza ao redor de dois tipos de procedimentos investigativos: procedimentos de seleção, exposição e interpretação do material artístico. Como se vê, não há necessidade de criar registros na medida em que letras e músicas podem ser facilmente acessadas e reproduzidas pela *web* ou outros meios.

No que diz respeito ao **procedimento investigativo de seleção do material**, cabe comunicar que o interesse pelo racismo nos conduziu à busca de um compositor da musica popular brasileira afrodescendente, produtor de uma obra inovadora e esteticamente sofisticada. Certamente, deparamo-nos com algumas alternativas interessantes, tais como Jorge Benjor, Cartola, Gilberto Gil, Zé Keti, Lupicínio Rodrigues, Seu Jorge e tantos outros. A escolha de Itamar Assumpção se deu a partir de critérios que incluíram: 1) ser afro descendente; 2) apresentar uma obra extensa 3) ter participado de um movimento cultural e 4) ter tido a qualidade estética da obra reconhecida pela crítica musical. À luz de tais critérios, diminuímos nossa lista, que, contudo, ainda era integrada por uma pluralidade de nomes. Acrescentamos um quinto critério, relativo à vinculação direta e estreita com a cidade de São Paulo – que se liga ao fato de estarmos, em outra pesquisa, abordando a obra de Adoniran Barbosa, que é um ítalo-descendente criador do Charutinho, espécie de *alter-ego* negro. Chegamos, assim, ao nome de Itamar Assumpção (1949-2003) um dos mais importantes artistas da chamada Vanguarda Paulistana, que agitou o cenário cultural da cidade desde os anos setenta até o início dos anos noventa.

Partimos, a seguir, para uma seleção das musicas a abordar, movimento necessário dado o tamanho da obra, constituída por doze álbuns. Este acervo foi totalmente remasterizado em 2010 e lançado no mercado sob o titulo de *Caixa Preta de Itamar Assumpção*. A ideia de pesquisa é percorrer toda a discografia, sendo que optamos começar pelos álbuns "Petrobrás II- Isso Vai Dar Repercussão" e "Maldito Virgula".

O **procedimento investigativo de exposição ao material** ocorreu por meio de escutas sucessivas das composições integrantes dos dois álbuns escolhidos, em estado de atenção flutuante. Num segundo momento, procedemos a uma segunda seleção, privilegiando as composições que de algum modo tematizavam o "ser negro".

Passamos, a seguir, ao **procedimento interpretativo de interpretação do material**, visando produzir conhecimento sobre os substratos afetivo-emocional a partir dos quais teriam emergido as obras, concebidas como condutas de acordo com a perspectiva blegeriana (Bleger,1963). Nesta fase, consideramos as produções que tematizaram o "ser negro" à luz das seguintes palavras de ordem metodológicas: "deixar que surja", "tomar em consideração" e "completar a configuração de sentido" (Herrmann,1979). Deste modo, podemos chegar à "criação/encontro" de campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos.

Resultados Parciais

Constatamos que no total de vinte e uma composições, das quais sete integram o álbum "Petrobrás II- Isso Vai Dar Repercussão" e quatorze o álbum "Maldito Vírgula", encontramos cinco tematizando o "ser negro". Duas composições pertencem ao álbum "Petrobrás II- Isso Vai Dar Repercussão" e três ao álbum "Maldito Vírgula".

As demais dezesseis composições versam sobre outros temas, tais como problemas de relacionamento com mulheres, saudades ou dificuldades derivadas da pobreza, entre outros.

Apresentamos abaixo as duas composições selecionadas do álbum "Petrobrás II- Isso Vai Dar Repercussão", considerando que nossos primeiros achados, referentes

aos campos de sentido afetivo-emocional, fazem parte deste álbum.

“Cabelo Duro”

Eu tenho cabelo duro

Mas não o miolo mole

Sou afro brasileiro puro

É mulata minha prole

Não vivo em cima do muro

Da canga meu som me abole

Desaforo eu não engulo

Comigo é o freguês que escolhe

Sushi com chuchu misturo

Quibebe com raviole

Chopp claro com escuro

Empada com rocambole

Tudo que é falso esconjuro

Seja flerte ou love story

Quanto a ter porto seguro

Tem sempre alguém que me acolhe

É com ervas que me curo

Caso algum tombo me esfole

Em se tratando de apuro

Meu pai Xangô me socorre

(Disponível em: http://letras.mus.br/itamar-assumpcao/272413/)

“Aculturado”

Culturalmente confuso

Brasileiro é aculturado

Líbio, libanês, árabe turco

Acha farinha do mesmo saco

Não saca croata, curdo

Não saca iugoslavo

Nem belga, nem mameluco

Não saca Platão, nem Plutarco

Não saca que um cafuzo

Mestiço não é mulato

Que apito toca o Caruso

Que apito toca Bach

Não saca sueco, luso

Egípcio, tchecoslovaco

Kafka, Freud, Confúcio

Não saca que russo é cossaco

(Disponível em: http://letras.mus.br/itamar-assumpcao/272395/)

O trabalho que realizamos até o presente momento permitiu a elaboração interpretativa de dois campos de sentido afetivo-emocional, que definimos a seguir.

“Pura Mistura”

“Pura Mistura” é um campo de sentido afetivo-emocional que se organiza ao redor da crença de que o negro brasileiro se constitui a partir da pluralidade racial e cultural.

“Culturalmente Confuso”

"Culturalmente confuso" é um campo de sentido afetivo-emocional que se define pela crença de que o brasileiro desconhece sua própria condição cultural.

Ressaltamos que, neste momento, ainda estamos no processo de criação/ encontro dos campos de sentido afetivo-emocional, e que os achados citados acima são provisórios. Contudo, já consideramos ser potencialmente relevante o fato de detectarmos condutas expressas nas letras das músicas que se alinham a uma ideia de que não há "pureza" em raça alguma, mas sim, miscigenação, não apenas genética, mas também cultural. Pensamos, ainda, que o segundo campo tem um tom de denúncia em relação à ignorância do próprio povo brasileiro que desconhece a diversidade e riqueza cultural do meio em que vive, optando, muitas vezes de modo inconsciente, por supervalorizar o que é estrangeiro, como exemplifica um campo no qual estamos trabalhando referente à música *Ir pra Berlim*, em detrimento da cultura brasileira. Consideramos tal postura compatível com os achados de Fanon (2008), quando descreve o "complexo de inferioridade", típico de povos colonizados, que se submeteriam à dominação, passando a negar seus próprios valores culturais. Este movimento submisso acarretaria, a seu ver, sérios conflitos existenciais e psicológicos, tais como a despersonalização e invisibilização das subjetividades negras (Fanon, 2008).

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia.* Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo. Disponível em www.teses.usp.br

Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Machado, M.C.L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da teoria dos campos. In Josette Monzani e Luiz R Monzani (orgs) *Olhar: Fabio Herrmann - Uma Viagem Psicanalítica.* Sao Paulo: Ed. Pedro e Joao Editores/CECH- UFSCar, 311-324.

Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Tachibana, M.; Pontes, M.L.S.; Montezi, A.V. (2008a). O mundo marcado: imaginário coletivo de jovens sobre a adolescência contemporânea. *Anais da Segunda Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia.* Campinas, PUC-Campinas, 436-44.

Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Tachibana, M.; Pontes, M.L.S.; e Busnardo, J.O.M. (2008b). De castigo e de mãos beijadas: o imaginário de adolescentes sobre seus pais. *Anais da Segunda Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia.* Campinas, PUC-Campinas, 443-449.

Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Tachibana, M.; Pontes, M.L.S.; Barcelos, T.F. (2008c). Desastre na vida sexual: o imaginário coletivo de adolescentes sobre gravidez na adolescência. *Anais da Segunda Jornada Internacional de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia*. Campinas, PUC-Campinas, 450-457.

Alencastro, L.F. (2010) *O Trato dos Viventes – Formação do Brasil no Atlântico Sul.* São Paulo. Editora Schwarcz.

Andrews, G.R.(1997) Democracia Racial Brasileira 1900 – 1990: um Contraponto Americano. Estudos Avançados 11 (30), 96 - 115.

Arós, A.C.S.P.C. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Clube da luta: sofrimentos radicais na sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática,* 11 (2), 3-16.

Ávila, C.F.; Tachibana, M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Qual é o Lugar do Aluno com Deficiência? *Paidéia*, 18 (39), 155-164.

Barcelos, T.F.; Tachibana, M.; Aiello-Vaisberg,T.M.J.(2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, 12(1), 85- 96.

Barreto, M.A.M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista,* 16 (2), 310- 329.

Barreto, M.A.M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Escolha profissional e dramática do viver adolescente. *Psicologia e Sociedade,* 19 (1),107-114.

Bleger, J. (1958) *Psicoanalisis y dialectica materialista*. Buenos Aires, Nueva

Vision, edição de 2003.

Bleger, J. (1963) *Psicologia de la Conduta.* Buenos Aires, Paidos, edição de 2007.

Corbett, E. ; Aiello-Fernandes, R. ; Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Jean Charles e o preconceito contra imigrantes: considerações psicanalíticas preliminares. *Anais da X Jornada Apoiar: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos - o percurso e o futuro.* São Paulo: IP/USP 1, 266- 271.

Couto, T.H.A.M., Tachibana, M., Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). A Mãe, o Filho e a Sindrome de Down. *Paidéia*, 17 (37), 265-272.

Fanon, F. (2008). *Pele Negra, Máscaras Brancas.* Trad. de Maria Adriana da Silva Caldas. Salvador: Livraria Fator. Original publicado em 1952

Fialho, A. A.; Aiello-Fernandes, R.; Montezi, A.V. e Aiello-Vaisberg T.M.J. (2012). O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar. IN *Primeiro Congresso Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros.* Proceedings Scielo Disponível em: : http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC00000001320 12000100002&lng=en&nrm=iso>http://www.proceedings.scielo.br/scielo.ph p?script-sci.

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). “Em caso de dúvida, atire”: imaginário coletivo sobre adolescência e juventude em produções cinematográficas brasileiras. Campinas, PUC-Campinas *Anais do XVII Encontro de Iniciação Cientifica.* Disponível em: http//www.puccampinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2012821_183749_3 23823635_resris.pdf

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013a) Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: CHICO BUARQUE. *In: XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais-XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação.* Campinas: PUC-Campinas, 1.

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013b) Abordagem Psicanalítica de Iimaginários Coletivos sobre(DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: RENATO RUSSO. In: *XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas*: PUC-Campinas, 1.

Freyre, G. (2006). *Casa Grande e Senzala – Formação da Família Brasileira Sob o Regime da Economia Patriarcal.* Recife. Global Editora. Original de 1933.

Granato,T.M.M. e Aiello-Vaisberg,T.M.J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado

materno e seus sentidos afetivo-emocionais.*Psicologia Clínica,* 25 (1),17-36.

Grreenberg, J.; Mitchell, S.A. (1984)*Object relations in psychoanalytic theory.* Cambridge, Harvard University Press.

Guimarães, A.S.A (2004). Preconceito de Cor e Racismo no Brasil. *Revista de Antropologia,* São Paulo, USP, 47, 9-43.

Herrmann, F. (1979). *O Método da Psicanálise.* Editora Brasiliense. São Paulo.

Hofsbauer. A. (2003). O Conceito de “Raça” e o Ideário Do Branqueamento no Século XIX – Bases Ideológicas do Racismo Brasileiro. *Teoria e Pesquisa*, 63 -110.

Leao, T. S. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2013). Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: CAZUZA. In: *XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais-XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas*: PUC-Campinas,1.

Montezi, A.V.; Zia, K.P.; Tachibana, M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). O imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 299-305

Montezi, A.V.; Barcelos, T.F.,Cia, W.C. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). “Ser e Fazer” 20 Anos: Uma Revisão Bibliográfica. *Anais da X Jornada Apoiar/USP*, 34-55.

Montezi, A.V., Barcelos, T.F., Ambrosio, F.F. e Aiello-Vaisberg, T. M.J. (2013). Imaginário social sobre adolescência no cinema brasileiro. *Psicologia em Revista*..

Montezi, A. V., Barcelos, T.; Ambrósio, F. F.e Aiello-Vaisberg, T.M.J.. (2013). Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, *19*(1), 74-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682013000100007&lng=pt&tlng=pt. DOI-10.5752/P.1678-9563.2013v19n1p74.

Martins, P. C. R. e Aiello-Vaisberg, T. M. J.(2009). Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários: um estudo psicanalítico.*Barbarói*, 31, (2), 19-35.

Martins, P.C.R. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). “Será que ele é?” Imaginário

coletivosobre homossexualidade. *Perspectiva* (Erexim), 33, 43-52.

Oliveira, A.C.S. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: Adoniran Barbosa. In: *XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas,* 1.

Politzer, G. (1928). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise.* Editorial Unimep, edição de 2004.

Pontes, M.L.S.; Barcelos, T.F.; Tachibana, M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 85-96.

Pontes, M.L.S.; Cabreira, J.C.; Ferreira, M.C. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo,* 13,(3), 495-502.

Pontes, M.L.S. (2011). *"A hora h": o imaginário de profissionais de saúde sobre a adolescência.* Campinas, PUC-Campinas, Dissertação de Mestrado.

Russo, R.C.,T.; Couto, T.H.A.M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21(2), 250-255.

Schwarcz, L. M. (1994). *Espetáculo da Miscigenação*. Estudos Avançados 8(20), 137 – 152.

Skidmore, T.E. (1991). Fato e Mito: Descobrindo um Problema Racial no Brasil. *Cadernos de Pesquisas*. São Paulo, 79, 5-16.

Winnicott, D.W. (1965) *The maturational processes and the facilitating environment.* London, Karnac, 1984.

LEMBRANÇAS DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: OFICINA SER E FAZER PARA PAIS

SARA INNARELLI FERREIRA

SHAIENIE MONISE LIMA

TANIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo o estudo da potencialidade mutativa de um enquadre clínico diferenciado, de caráter coadjuvante, por meio do qual visamos beneficiar adultos que buscaram atendimento psicológico para seus filhos. Trata-se de dispositivo concebido a partir da constatação de que muitas vezes os adultos, que se distanciam de suas memórias relativas a estas fases da vida, tendem a tornar-se de certo modo menos sensíveis e compreensivos na relação com os filhos. Define-se, clinicamente, a partir do convite aos participantes de trazerem objetos de algum modo relacionados à sua historia de vida, como criança e adolescente, e ao oferecimento de materiais gráficos, mediante os quais podem ser realizados desenhos e colagens. Articula-se metodologicamente, como estudo de caso, ao redor da consideração da participação de uma mãe, em Oficina Ser e Fazer de Lembranças de Infância e Adolescência, cujas sessões foram registradas sob forma de narrativas transferenciais, consideradas à luz do Procedimento de Ambrosio e Vaisberg, forjado para o de acompanhamento de intervenções clínicas e de entrevistas de pesquisa. Deste modo foi possível detectar uma mudança significativa, que se expressou como trânsito entre dois campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais emergiram dois diferentes posicionamentos, de autodesvalorização e de valorização afetiva e respeitosa de si mesma. O quadro geral permite afirmar que a paciente logrou beneficiar-se e que tais benefícios alcançaram favoravelmente a relação com o próprio filho, convergindo com pesquisas anteriores que vem apontando na mesma direção.

Palavras-chave: enquadres clínicos diferenciados, estilo clínico Ser e Fazer, oficinas psicoterapêuticas de criação, avaliação de resultados terapêuticos, psicologia clínica.

A presente comunicação diz respeito a uma pesquisa sobre a potencialidade mutativa de um enquadre diferenciado, a oficina psicoterapêutica de criação, utilizada em clínica-escola para atendimento de pessoas que buscaram atendimentos para seus filhos. Insere-se, portanto, como iniciativa, de caráter coadjuvante, que visa complementar um projeto de cuidado psicológico, segundo uma visão winnicottiana, que valoriza a ação do ambiente no processo de amadurecimento emocional (Winnicott, 1984).

A proposição e estudo da eficácia clínica de enquadres diferenciados nos parece iniciativa bastante oportuna, por mais de uma razão. Trata-se, num sentido mais amplo, de esforço de criar modalidades de atendimento que se revelem mais produtivas diante das formas que o sofrimento emocional vem assumindo no mundo contemporâneo. Afinal, as queixas neuróticas dos tempos inaugurais da psicanálise freudiana parecem ter se tornado mais raras, enquanto outras formas de apresentação de sofrimento emocional, que parecem resistir a um enfoque individualizante e intimista, têm surgido muito mais frequentemente na clínica contemporânea. Aiello-Vaisberg (2001).

Por outro lado, a proposta de oficinas psicoterapêuticas visa contribuir para o aprimoramento de um dispositivo que, a nosso ver, merece ser revisto: a clínica-escola universitária dos cursos de graduação em psicologia. Tais instituições apresentam um valor inegável no processo de formação do psicólogo. Contudo, seguem ainda um modelo que se assemelha a um conglomerado de salas de atendimento, que imitam consultórios particulares destinados a atendimentos individuais, principalmente de crianças. Assim, fundamentam-se num pressuposto segundo o qual existiriam "crianças-problemas" que poderiam ser curadas brincando uma vez por semana com um psicólogo, cabendo aos pais ou responsáveis simplesmente trazê-las para as sessões. Ora, esta visão é absolutamente discutível do ponto de vista teórico, como se pode facilmente concluir pelo estudo de psicanalistas contemporâneos, dentre os quais destacamos Winnicott (1965), pela ênfase com que demonstra a importância do ambiente no amadurecimento da criança. Se não deixa de satisfazer, pelo menos transitoriamente, o compreensível desejo dos pais de obter uma espécie de solução mágica para os sofrimentos próprios e de seus filhos, esta visão não faz sentido quando admitimos que o psicológico não corresponde a um reino descolado da realidade relacional, que tem lugar no cotidiano, em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos específicos. Se o odontopediatra pode, até certo ponto, abstrair molares cariados de uma vida cotidiana em que falham cuidados parentais, para efetuar uma obturação – já antevendo com tristeza que os hábitos de higiene comprometerão a saúde bucal em pouco tempo, o psicólogo não tem o que abstrair. Neste contexto, a mera cogitação de "aumento de resiliência" diante de ambientes tóxicos, corre o risco de inadvertidamente pecar contra a ética humana, desrespeitando inclusive o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA (Brasil,1990). Deste modo, ao propor Oficinas Psicoterapêuticas Ser e Fazer de Lembranças de Infância e Adolescência para pais e responsáveis, esboçamos um gesto importante no sentido de quebrar a lógica dominante, segundo a qual a clínica-escola de

psicologia tem perdurado. Envolvemos os adultos, numa linha aparentemente descolada das queixas especificas que formulam em relação aos filhos, promovendo, segundo uma visão winnicottiana brincante, uma reaproximação sensível do modo de ser e da sensibilidade das crianças e adolescentes, o que favorece mudanças no ambiente familiar.

Estratégias Metodológicas : Procedimentos Investigativos

Temos realizado investigações sobre eficácia clínica de enquadres diferenciados usando um procedimento de acompanhamento de intervenções clínicas, que se mantém rigorosamente alinhado aos princípios do método psicanalítico (Ambrosio,2013). Tal convergência se deve ao fato deste se basear fundamentalmente na consideração de campos transferenciais, também conhecidos como campos de sentido afetivo-emocional.

Um posicionamento cientifico que valoriza o intercâmbio com pesquisadores qualitativos, que adotam diferentes abordagens teóricas, exige que procedamos a formas de operacionalização do método psicanalítico que facilitem esta comunicação. Por este motivo, temos organizado nossas pesquisas sobre eficácia de intervenções na clínica psicológica em termos da distinção entre os seguintes procedimentos: 1) procedimentos investigativos de configuração do acontecer pesquisado; 2) procedimentos investigativos de registro do acontecer pesquisado; 3) procedimentos investigativos de interpretação do acontecer pesquisado e 4) procedimentos investigativos de apreciação de trânsito entre campos de sentido afetivo-emocional interpretativamente produzidos. Este conjunto de procedimentos compõe o Procedimento de Ambrosio e Vaisberg (Ambrosio,2013). Note-se que esta proposta tanto permite aferir a ocorrência de mudanças como compreender como estas se dão – ou eventualmente não se dão. Deste modo, apresenta nítida vantagem em relação ao estudo exclusivo de depoimentos dos próprios pacientes ou ao uso de escalas ou métodos projetivos, que podem avaliar o “antes” e o “depois”, mas não o próprio processo psicoterapêutico. Em contraposição, o procedimento que adotamos permite a simultânea consideração do processo, em si mesmo, e das mudanças que este favorece.

Em investigações sobre a potencialidade mutativa de intervenções clínicas, a **configuração do acontecer clínico** coincide com o próprio *objeto* de estudo. No presente caso, estudaremos sessões de atendimento em oficinas psicoterapêuticas Ser e Fazer, realizadas com co-terapia por duas estagiárias, em estágio de finalização do curso de graduação. Neste caso, usamos, como mediação, a solicitação aos participantes, de trazerem objetos e lembranças de suas infâncias e adolescências. Escolhemos nos referir a este atendimento como Oficina de Lembranças porque este termo se associa tanto a objetos tangíveis como a memórias. Focalizaremos, no presente estudo, a participação de uma das pacientes.

Considerando que todos os encontros inter-humanos, como sessões de terapia, são ocorrências que, dando-se no tempo, têm caráter necessariamente evanescente, cuidamos de elaborar **registros do acontecer clínico** que pudessem ser revisitados. Para isso, lançamos mão de narrativas transferenciais, que são confeccionadas de memória após as sessões, caracterizando-se pelo fato de abranger tanto "o que aconteceu" durante o encontro como impactos afetivo-emocionais vivenciados pelas psicólogas (Aiello-Vaisberg et al,2009). Este procedimento vem sendo usado produtivamente em várias pesquisas, tais como Corbett (2014), Cia (2014) e Barcelos (2014), entre outras.

Produzimos **interpretações do acontecer clínico** por meio de leitura das narrativas, em estado de atenção flutuante e de cultivo da associação livre de ideias, o que permite a produção interpretativa de campos de sentido afetivo emocional. Aqui seguimos as palavras de ordem de Fabio Herrmann (1979): "deixar que surja", "tomar em consideração" e "completar a configuração do sentido emergente". Por este caminho, chegamos aos campos de sentido afetivo-emocional a partir dos quais emergem diferentes condutas. Tais campos, também conhecidos como inconscientes relativos, têm caráter relacional, vincular, constelando-se *entre* pessoas e não em interioridades psíquicas, concebidas como mundos internos descolados da vida relacional.

Finalmente, quando criamos mais de um campo afetivo-emocional, a partir da consideração do acontecer clínico à luz do método psicanalítico, podemos iniciar um trabalho de **apreciação de trânsito entre os campos.** Tal apreciação sempre se fará à luz do referencial teórico utilizado pelo pesquisador, pois considerar que este ou aquele trânsito correspondem ao alcance de benefícios ou, ao contrário, a pioras eventuais,

depende diretamente da antropologia – visão de homem – e da psicopatologia – visão do sofrimento a partir das quais se desenvolvem os enfoques teóricos.

Narrativas do Acontecer Clínico: Apresentando Margarida[19]

Na presente pesquisa, vamos abordar o processo vivido por uma das pacientes, cujo segundo filho, de oito anos de idade, foi encaminhado para atendimento psicológico em virtude de dificuldades de aprendizagem. Trata-se, como sabemos, de um tipo comum de queixa, que muito frequentemente não reflete limitações da criança e sim deficiências comuns na escola pública brasileira. Esta mãe foi entrevistada no inicio dos atendimentos e vem recebendo atenção individual, enquanto a criança segue recebendo tratamento ludoterapêutico. Foi convidada para frequentar a Oficina Ser e Fazer de Lembranças de Infância e Adolescência, devidamente esclarecida quanto ao fato de que este tratamento não teria caráter obrigatório, vale dizer, de que não deixaria de ter a criança atendida caso optasse por também frequentar a oficina.

As sessões foram realizadas em co-terapia. Após cada encontro, as estagiárias elaboraram narrativas transferenciais sobre o acontecer clínico. Para efeitos de pesquisa, realizamos um recorte privilegiando a participação de uma única paciente, tendo em vista alcançar um nível mais profundo de compreensão. Recortadas as participações da paciente escolhida, passamos ao trabalho interpretativo de criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos: “ escola como lugar de humilhação” e “escola como lugar de consideração”.

Campos de Sentido Afetivo Emocional

Durante os atendimentos de Margarida, pudemos criar/encontrar dois tipos de campos de sentido afetivo-emocional, ou inconscientes relativos: “escola/ humilhação” e “escola/realização”. Estes campos alternaram-se ao longo dos atendimentos, mostrando

[19] Conforme costume consagrado, usamos nome fictício protegendo a privacidade da paciente. Também modificamos detalhes que possam facilitar sua identificação.

que a experiência escolar é vivenciada a partir de sentimentos ambivalentes. Neste momento, a bem da clareza, limitar-nos-emos a enunciar e definir os campos, ou inconscientes relativos, bem como a apresentar trechos de narrativas que ilustram os tipos de condutas emergentes destes campos. Claro que muitas outras comunicações, acerca de outras questões de vida – tais como sexualidade e erotismo, relação pais e filhos, insegurança financeira, e outras, também apareceram ao longo das sessões. Entretanto, a intensidade do material ligado às vivencias escolares, já mobilizadas pelo encaminhamento do filho ao atendimento psicológico em função de dificuldades escolares, explica porque este material se revelou altamente pregnante.

O primeiro campo, “escola/humilhação”, organiza-se ao redor da crença de que a escola seria um espaço de revelação da inferioridade de muitos.

O segundo campo, “oficina/ valorização”, organiza-se ao redor da crença de que a escola seria um espaço que propicia realização pessoal.

Podemos citar, como condutas emergentes do primeiro campo a seguinte passagem, na qual registramos parte de uma sessão:

Quando pequena, Margarida tinha muito medo de ir para a escola, pois ia sozinha por um longo caminho. Todo dia na escola, ficava pensando sobre os perigos de voltar para casa, o que a deixava muito ansiosa. Disse que naquela semana estava pensando muito sobre esse tempo e que chegou a uma conclusão, que nunca tinha pensado antes. Contou que tinha amizade com uma das vizinhas, mãe de uma colega, para quem chegou a confessar que tinha muito medo de ir para a escola, pois achava que alguém poderia lhe causar algum mal. Essa vizinha era casada com um homem negro, pelo qual a menina sentia muito medo. A partir do dia que ela contou sobre esse sentimento para a vizinha, sempre que passava pelo trecho que mais tinha medo, ela começou a encontrar o marido de sua vizinha sentado em um tronco de árvore. Isso a deixava com mais medo ainda. O medo de Margarida era tão grande que durante as aulas ficava pensando sobre o mal que poderia lhe acontecer, o que a deixava muito desatenta em relação à explicação da professora. Esta, por sua vez, chamava-a de “astronauta”. Ela não entendia porque a professora a chamava assim. Até que um dia teve coragem e perguntou por que seria astronauta. A professora rindo lhe respondeu que era porque ela vivia no mundo da lua. Margarida até hoje lembra que a sala inteira riu dela. Essa professora parecia oprimi-la muito. Disse que sempre lhe chamava atenção e às vezes batia nela e a colocava de

castigo. Contou que certo dia, o diretor foi visitar a sala de aula. O costume era que todos os alunos permanecessem sentados na carteira, enquanto ele passava por todos os corredores contando quantas crianças estavam presentes. Um pouco antes de o diretor entrar na sala, Margarida tinha levantado do seu lugar para apontar o lápis, diante do cesto que ficava num dos cantos da sala. Neste exato momento, o diretor abriu a porta e entrou na sala. Margarida, que acabou ficando atrás da porta, que permaneceu aberta, ficou fora de seu campo de visão. O diretor começou a contagem e, ao dar-se conta da falta de um aluno, repreendeu a professora na frente das crianças, envergonhando-a. Assim que o diretor saiu da sala, a professora bateu na cabeça de Margarida com uma régua. Sua força foi tanta que a menina sentiu-se tonta. Enquanto contava essa história, a paciente dramatizava toda a cena. Levantou-se da cadeira e começou a teatralizar, abrindo a porta, mostrando como o diretor entrou na sala de aula e como a professora bateu nela. Contou a historia de modo emocionado e envolvido, ao narrar parecia reviver estas situações.

Podemos citar, como condutas emergentes do segundo campo, "oficina/valorização" a seguinte passagem:

Margarida entrou na sala muito animada carregando consigo uma cartolina enrolada. Disse que naquele dia estava levando um cartaz e gostaria de saber o que achávamos daquilo. Abriu a cartolina sobre a mesa e contou que havia feito aquele desenho no final de semana. Ficamos surpresas e imensamente felizes com sua produção. O cartaz estava inteiramente coberto por desenhos que expressam uma enorme riqueza de detalhes, de vivências, memórias, histórias e lembranças de sua infância na fazenda. Observamos cada detalhe, cada desenho e cada pintura e pedimos para ela contar cada parte de sua arte – no que nos atendeu visivelmente feliz. Margarida começou contando que as oficinas têm feito com que tenha muitos pensamentos e reflexões fora de lá e, por isso, no final de semana, decidiu colocar no papel tudo o que tem pensado e vivenciado. Contou que, como fica em casa nos finais de semana, decidiu dedicar-se a este trabalho para ter tempo de nos trazer na quarta-feira. Disse que ligou uma música, abriu a janela, sentiu o vento batendo em seu rosto e começou a desenhar. *Comentou ainda que, como ficou muito tempo envolvida com o trabalho, seu filho de dezessete anos sempre se aproximava interessado em saber o que estava fazendo. Em uma das vezes, quando foi elogiada por ele, disse ao filho: "está vendo filho, como a*

mamãe é útil e faz coisas bonitas?". Seu filho, tentando reparar suas falas que sempre desmotivaram sua mãe, disse a ela que tudo o que diz é brincadeira e ela deve entender isso para levar na esportiva. Disse ainda: "as psicólogas vão ficar muito felizes, mamãe!"

Interlocuções Reflexivas

É interessante notar que este cartaz, trazido como uma lição de casa preparada com muita motivação, tanto retratava aspectos gratificantes da vida, como lembranças de momentos difíceis – tal qual o tronco onde o senhor negro temido costumava sentar-se. Lembrou-se dos dias de sol, lembrou-se das chuvas, lembrou-se dos tempos em que não tinha acesso a *shampoo* para lavar a cabeça.

Vale ainda destacar que, finalizada a apresentação do cartaz, a paciente considerou importante declarar que é uma pessoa fechada, que sempre acaba não se expondo tanto quando percebe que as pessoas com quem dialoga estão em um nível muito acima do dela. Acha que não consegue falar de um modo bem correto e que isso a leva a se sentir inibida muitas vezes, dependendo do local e das pessoas. Afirmou estar surpresa por estar conseguindo contar suas histórias e lembranças e falar com tranquilidade, na oficina. Acha que isso ocorre porque todas estão no mesmo nível, o que a leva a perceber que não há tanta diferença, julgamento e detenção do conhecimento de apenas uma das partes.

Interessante destacar que esta mãe, que trazia um filho sobre o qual pairava uma suspeita de incapacidade pessoal para a aprendizagem formal, pôde, depois de alguns encontros, perceber que chegara ansiosa, desmotivada, improdutiva e inútil – digna mãe, portanto, de uma criança institucionalmente apontada como incompetente para o aprendizado.

Assim, não nos surpreendemos quando soubemos que criou, em casa, um novo método de estudo para o filho- cópias de textos de sua própria cartilha, que ela mesma se encarregou de supervisionar. A proposta foi mal recebida, inicialmente, pela criança. Entretanto, ao saber que se tratava de um livro especial, da cartilha antiga de sua mãe, o filho mudou inteiramente sua perspectiva, acolhendo-a com entusiasmo e colocando-a em prática. Este novo hábito tem ensejado muitas conversas entre mãe e filho, que surgem a

partir dos assuntos que emergem nas diversas lições da cartilha. Poder responder às perguntas do filho inaugurou um novo tipo de diálogo, respeitoso e carinho, entre ambos.

Este atendimento traz elementos importantes para pensarmos sobre as frequentes queixas relativas ao mau desempenho escolar de crianças. Certamente, o estudo de vários pesquisadores, entre os quais destacamos Patto (1987) demonstra que o chamado “fracasso escolar” corresponde a um fenômeno complexo e multifacetado que não pode ser reduzido a dificuldades “internas” da criança. Entretanto, o que parece óbvio para o pesquisador está longe de ser superado na vida escolar, onde as crianças não são consideradas respeitosamente para se tornarem vítimas de humilhação constante. Muitas vezes, a humilhação é infligida diretamente pelos próprios professores. Tal fenômeno, entretanto, não deve ser compreendido, do ponto de vista blegeriano, como mera exteriorização da “maldade” dos adultos, mas como emergente de campos relacionais que, por seu turno, inserem-se em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos que lhes emprestam uma configuração que pode fazer da escola um espaço de maus tratos psicológicos.

Ora, esta humilhação, como vemos no presente caso, pode ser transmitida transgeneracionalmente. A menina que não aprendia por medo de fazer o trajeto, de casa até a escola da roça, vai sentir-se igualmente humilhada quando a escola aponta que seu filho não consegue aprender. Encaminhando a criança para a instituição clínica, fica referendada a incompetência individual do aluno – facilmente associada a deficiências e limitações da família, enquanto a própria escola inocenta-se do problema.

Ora, o que presenciamos foram dois movimentos. O primeiro deles consistiu na confiança sentida para trazer, dramaticamente, vivências infantis de humilhação. Convidada, como as demais participantes, a lembrar-se de suas infâncias e adolescências, sem estarem focadas em pensar e conversar sobre os problemas dos filhos que geraram encaminhamentos, esta mãe “distraiu-se” suficientemente para poder deixar emergir uma questão fundamental: o sentimento de humilhação.

Acolhida respeitosamente, na medida em que compete ao terapeuta Ser e Fazer prover um *holding* adequado às necessidades emocionais (Aiello-Vaisberg,2003), esta mulher foi capaz de viver algo *“que não aconteceu mas deveria ter acontecido”* – máxima fundamental da perspectiva winnicottiana. Em outros termos, viu-se numa nova “escola” que lhe permitiu comunicar-se, criar, elaborar espontaneamente uma “lição de casa” e

fazer de seus encontros com o filho, ao redor de sua própria cartilha, momentos de conversa afetuosa e respeitosa, das quais o menino saía satisfeito por aprender não só o significado da palavra “xale”, mas histórias sobre xales e avós, sobre a família, sobre os tempos antigos...

Finalizamos deixando claro que de modo algum pretendemos resolver os inúmeros questionamentos que este caso suscita. Entendemos que a proximidade entre pais e filhos, na valorização da aprendizagem e da instrução é indispensável, mas pode e deve se fazer de diferentes modos, segundo as diversas situações. Contentemo-nos, aqui, num artigo voltado ao estudo sobre potencialidade mutativa de enquadres diferenciados, a serem usados em clínica-escola, a pontuar com convicção, que espaços sociais onde grassa humilhação constituem-se em verdadeiro caldo de cultura para sofrimento emocional importante, cujos desdobramentos podem originar violência explícita.

Referencias Bibliográficas

AMBROSIO, F.F. (2013). O Estilo Clinico “Ser e Fazer” na Investigação de Benefícios Clínicos de Psicoterapias. Tese de Doutorado. Campinas, PUC-Campinas.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2003). Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clinica Winnicottiana. Psicologia-USP, 14 (1), 95-128.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2001). A Função Social da Psicologia na Contemporaneidade. Conferência de Abertura do I Congresso de Psicologia Clínica, realizado entre os dias 14 e 18 de maio de 2001, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo –SP. http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/1103/814

AIELLO-VAISBERG, T.M.J et al. (2009). Les Recits Transferenciels comme Presentation du Vecu Clinique: Une Proposition Methodologique. D. Beaune et T. Ayouche In Psychanalyse, Philosophie et Art. Paris, L’Harmatann.

BARCELOS, T.F. (2014). A Historia da Menina-Morta: (Des)Esperança de Adolescentes em Situação de Precariedade Social. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo.

BLEGER,J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aieres, Paidos, 2001.

BRASIL. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n 8069 de 13 de julho de 1990.

CIA, W.C. (2014). Sonho Desfeito: Anencefalia e Experiência Emocional dos Pais. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo.

CORBETT, E. (2014). Contos Sem Fadas: Mães e Filhos em Situação de Violência Doméstica. Tese de Doutorado, Campinas, PUC-Campinas.

HERRMANN, F. (1979). O Método da Psicanálise. São Paulo, EPU.

PATTO, M.H. (1987). A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de Submissão e Rebeldia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo.

WINNICOTT, D.W. (1965) Winnicott, D. W. O Ambiente e os Processos de Maturação. Trad. de Irineu Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE ADOLESCENTES QUE SOFRERAM PERDA DE COÊTANEOS

TOMÍRIS FORNER BARCELOS

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

Resumo

A presente comunicação tem como objetivo refletir sobre achados de pesquisa qualitativa, com método psicanalítico, que focalizou as repercussões emocionais, entre coetâneos, derivadas da morte acidental de uma adolescente, antecedida por um período de aproximadamente três meses em estado de coma. Justifica-se pelo fato de mortes de adolescentes por causas externas, como acidentes e homicídios, configurarem-se como um problema de saúde pública, que adquire contornos peculiares quando ocorrem em contextos de precariedade social. Tais mortes correspondem a fenômenos complexos e multifacetados, que geram efeitos não apenas sobre famílias, escolas, instituições e sociedade, mas também sobre o grupo de convivência próxima. Destacaremos, aqui, termos percebido, a partir do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em entrevista grupal, que este tipo de perda tende a ser significada como indicio que fortalece crenças na impossibilidade de futuro favorável e esperançoso.

Palavras-Chave: Adolescência; Morte; Experiência emocional; Procedimento Desenho-Estória com Tema

1. Pinceladas sobre um contexto

A ocorrência de morte por causas externas, na adolescência, é assunto de alta complexidade, que merece ser focalizado desde diferentes perspectivas. Escolhemos estudar psicanaliticamente o impacto que a morte do membro de um grupo pode ter nos colegas que sofrem esta perda. O tema, em si bastante relevante, ganha importância quando nos lembramos do aumento do fenômeno (KOVACS, 2005; 2010; 2013; MARTINS, 2013).

O que os estudos têm mostrado é que os principais fatores associados a essas mortes de adolescentes por causas externas são: fatores socioeconômicos, estrutura familiar, ambiente doméstico, etnia da vítima, uso de bebidas alcoólicas e substâncias

químicas, entre outros. Percebemos, assim, que as condições de precariedade social parecem aumentar a chance de morte entre adolescentes. Acreditamos que estejam ligadas a essa constatação, as dificuldades de subsistência, tais como baixa renda, dificuldade em ter algum responsável para cuidar dos filhos, que muitas vezes ficam sozinhos ou sob cuidado de irmãos mais velhos, a baixa escolaridade, e a violência à qual estão expostos, bem como fatores ambientais desfavoráveis - ruas sem asfalto, falta de saneamento básico ou condições habitacionais precárias (VERMELHO; JORGE, 1996; MOREIRA;CRUZ NETO; SUCENA, 2003; BARROS; XIMENES;LIMA, 2001; KOVACS, 2005; MARTINS, 2013; WAISELFISZ, 2013).

2. O percurso metodológico

Temos adotado, em nossas pesquisas[20], uma perspectiva crítica, buscando compreender a adolescência como fenômeno produzido social e culturalmente (BARUS-MICHEL, 2005; TARDIVO, 2007; PONTES, 2011; BARCELOS, 2014). Por este motivo, consideramos fundamental evitar sempre a abstração das condições concretas em que todas as manifestações humanas ocorrem (AIELLO-VAISBERG, 1999; AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2008).

Nossa linha de pensamento segue os fundamentos da Psicologia Concreta, tal como proposto por Politzer (1928) e difundido por Bleger (1963), ou seja, valoriza a realização de estudos que favoreçam a comunicação emocional do ser humano, em "primeira pessoa", vale dizer, não objetivado. Os participantes são, portanto, abordados a partir de uma perspectiva eminentemente compreensiva, que corresponde à visão do fenômeno humano da conduta em termos da dramática do viver, em termos de biografia emocionalmente significativa (POLITZER, 1928).

Entendemos dessa forma, juntamente com Bleger (1963), que cabe à psicanálise estudar os fenômenos humanos compreendendo-os como condutas sempre dotadas de sentidos, por mais estranhas que possam parecer. Este autor valoriza o acontecer humano e

[20] A listagem completa desta produção pode ser encontrada no currículo lattes de Tânia Maria José Aiello Vaisberg e quase a totalidade dos trabalhos pode ser acessada livre e gratuitamente na *web*, especialmente nos sites www.scielo.br, http://www.teses.usp.br/, www.puc-campinas.edu.br e http://serefazer.psc.br/

propõe que produzamos conhecimento, nas ciências humanas em geral, e na psicologia em particular, mantendo-nos maximamente próximos à concretude do acontecer.

Foi dentro desse contexto que decidimos estudar psicanaliticamente a experiência emocional de adolescentes, em situação de precariedade social, que vivenciam a perda de coetâneos, com os quais convivem proximamente, por morte devida a causas externas. Esta opção fundamenta-se no fato de acreditarmos que este conhecimento pode ter utilidade clínica, em termos psicoprofiláticos e psicoterapêuticos, bem como contribuir para o debate cientifico e social sobre a adolescência, sobre a morte na adolescência e sobre o adolescer em condições de precariedade social, temas que certamente se mesclam a muitos outros, de interesse ético e humano.

Realizamos então uma pesquisa qualitativa empírica, com uso do método psicanalítico, tal como vimos fazendo há anos em nosso grupo de pesquisa. Entendemos que o método psicanalítico, que repousa sobre atenção flutuante e associação livre de ideias, é uma das boas opções para o pesquisador da área da psicologia. Como bem demonstraram Politzer (1928) e Bleger (1958;1963), é perfeitamente possível atender as exigências de uma psicologia concreta a partir do uso do método freudiano.

Nossa tarefa metodológica mais árdua consistiu na busca de situações que envolvessem morte de membros de grupos de adolescentes que frequentam instituições de ensino não formal, escolas e outras instituições voltadas ao cuidado dos adolescentes. Resolvemos este problema pela manutenção de uma rede de contatos que se firmou naturalmente à medida em que temos investigado temas ligados à adolescência desde a iniciação científica. Assim, pudemos tomar conhecimento de informação sobre o atropelamento de uma garota, que entrou em estado de coma e posteriormente veio a falecer e que frequentava uma organização não governamental (ONG) com a qual mantínhamos contato.

Temos compreendido a experiência emocional como diferentes modos humanos de habitar campos de sentido afetivo-emocional que são ambientes relacionais. Outro conceito fundamental, a partir do qual buscamos ampliar nossa compreensão acerca dos fenômenos estudados, é o conceito de campos de sentido afetivo-emocional. Esses correspondem a mundos “psicológicos” humanamente produzidos, que podem ser habitados contínua ou transitoriamente. Um campo se produz a partir de atos puramente humanos, ou seja, condutas, e é a partir desse campo que novas condutas podem

emergir. Nessa perspectiva, a dimensão não consciente da experiência humana é, essencialmente, intersubjetiva, relacional (AIELLO-FERNADES, 2013; CORBETT, 2014; BARCELOS, 2014).

Desse modo, a partir de encontro com adolescentes que frequentavam a ONG, escolhidos pelo fato de termos a informação de que uma integrante havia sofrido um acidente e se encontrava em estado de coma, correndo risco de morte. Fizemos uma entrevista coletiva transicional, caracterizada pelo uso de um recurso mediador dialógico, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999), tendo em vista facilitar a expressão subjetiva dos participantes. Na ocasião foram solicitados dois desenhos-estória, com os temas "um adolescente dos dias de hoje" e "esse adolescente daqui a dez anos", a fim de nos aproximarmos da experiência emocional vivida pelos jovens em relação à perda da colega[21].

Registramos este encontro por meio da elaboração de uma narrativa transferencial (AIELLO-VAISBERG; MACHADO; AYOUCH; CARON; BEAUNE, 2009), que incluímos no corpus formado pelos desenhos e histórias. Este material foi considerado tendo em vista a criação/ encontro de campos de sentido afetivo-emocional.

3. Campos do Imaginário e Reflexões

Nesta pesquisa, produzimos interpretativamente quatro campos de sentido afetivo emocional. O primeiro campo foi denominado "Quem será o próximo?" e se organiza ao redor da crença de que o mundo seria um lugar arriscado e perigoso, onde acidentes mortais ou incapacitantes poderiam acontecer de modo frequente. O segundo campo, "Aprisionado no acontecer", organiza-se ao redor da percepção de que é impossível escapar de um acontecer, que se torna, então, interminável. Já o terceiro campo, que chamamos de "Mais do mesmo", organiza-se em torno da crença de que o amanhã não passa de mera repetição do hoje. E por fim, o quarto campo, denominado "Por nossa conta e risco", organiza-se ao redor da regra lógico-emocional de que crianças e adolescentes devem ser cuidados por adultos. Tais campos nos levaram a refletir sobre os efeitos impactantes que as condições de vida, profundamente marcadas pelo conhecimento precoce de muitas dificuldades e desilusões, podem acarretar.

---

[21] O material completo sobre esse estudo está disponível na dissertação de mestrado intitulada "A história da menina-morta: Des(esperança) de adolescentes em situação de precariedade social" (2014), que pode ser acessada no link http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-06112014-162535/pt-br.php

Um ponto que chamou nossa atenção foi que os campos de sentido afetivo-emocional, produzidos interpretativamente, remeteram a questões relativas à impossibilidade de esperar um futuro pontilhado de boas oportunidades de realização. Foi possível constatar esta dificuldade tanto quando os jovens se apresentaram temendo morrer e perder amigos na juventude, como quando apresentam condutas emergentes ligadas a diversos modos em que o futuro se fecha: não há futuro porque o temor da morte domina o horizonte, sob a ameaça de interrupção da vida, não há futuro porque o tempo deixa de fluir ou ainda porque será mera repetição, fracamente dissimulada, do mesmo presente pouco gratificante. Esse tipo de constatação nos causa impacto de diversas formas, entre elas por ir numa direção contrária àquilo que Winnicott (1968/1975), dentre outros autores, que buscam contribuir para a compreensão da psicologia da adolescência, propõem como aspectos altamente relevantes da adolescência saudável, vale dizer o idealismo e a capacidade de sonhar com o porvir.

Preocupamo-nos com isso, pois acreditamos que quando as perspectivas se estreitam, criam-se condições que facilitam o surgimento de condutas imediatistas e arriscadas, que incluem, entre outras, por exemplo, uso abusivo de álcool e drogas ou exposição a doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, não nos parece que tendem a comportamentos imediatistas e arriscados porque apresentam a “onipotência” como característica dessa fase da vida, tal como proposto por muitos pesquisadores (ABERASTURY; KNOBEL, 1970/1981, TAKIUTI, 2008, JORDÃO,2008; ESPINDULA; SANTOS, 2004; 2009), mas sim pela dificuldade em poder se manterem esperançosos.

Também consideramos fundamental comentar o desamparo comunicado pelos adolescentes, pois acreditamos que os sentimentos de medo de morrer, de aprisionamento e estreitamento das perspectivas de futuro, possam estar direta ou indiretamente relacionados à experiências de não poder contar com sustentação de adultos, sejam estes pais, familiares ou educadores. Pudemos verificar, em nossa pesquisa, que quando nos abrimos para acolher manifestações emergentes, nossa presença integra um acontecer que ganha sentido como comunicação de uma falta. Paradoxalmente, ao expressarem sentimentos de estar abandonados à própria sorte, tendo que criar solitariamente recursos de enfrentamento da realidade, vivem, ainda que pontualmente, uma certa esperança no outro, que se dispõe, como o fizemos na ocasião da entrevista, a escutá-los com verdadeiro interesse e consideração. Isso parece indicar que, ainda que transitando por campos onde imperam medo, desamparo e desesperança,

guardam capacidades de transformação pessoal, o que, evidentemente, requer provisões ambientais suficientemente boas.

Temos aqui, a nosso ver, um aspecto fundamental, que é o reconhecimento, com o qual nos deparamos, da manutenção de capacidade de transformação pessoal. Sabemos, apoiadas na teoria winnicottiana, que o desamparo, a falta de confiança e a falta de esperança, indicam que o ambiente falhou e que, consequentemente, o desenvolvimento emocional pode ter ficado prejudicado. No entanto, apesar de nossos participantes terem se apresentado desconfiados, inseguros e desamparados, puderam apresentar-se como jovens criativos e brincantes durante a entrevista. Isso nos mostra que, sentindo certa confiança no ambiente proporcionado pelo encontro, os jovens participantes desse estudo, conseguiram se comunicar emocional e afetivamente de forma significativa. Terminamos citando Winnicott, em uma passagem que vai de encontro justamente com esse ponto que está sendo colocado, compreendendo que tal reflexão pode nos auxiliar a qualificar as práticas com os adolescentes:

> “Que os jovens modifiquem a sociedade e ensinem aos adultos a ver o mundo com olhos novos, mas onde houver o desafio do rapaz ou da moça, que haja um adulto para aceitar o desafio” (Winnicott, 1968, p. 202).

Referencias Bibliográficas

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (1970/1981). *Adolescência normal*. Trad. De Suzana Maria GaragorayBallve. 3ª ed. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, p.92.

AIELLO-FERNANDES, A. R. (2013). *“Da entrada de serviço ao elevador social”*. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de livre docência não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. (2008). Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. *Olhar: Fabio Hermann - Uma ViagemPsicanalítica*. São Paulo: Ed. Pedro e João Editores/CECH – UFSCar, p. 311-324.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L.; AYOUCH, T.; CARON, R.; BEAUNE, D. (2009). Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique:une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D. (Org.). *Psychanalyse, Philosophie,Art*: Dialogues. Paris: L'Harmattan, v. 1, p. 39-52.

BARCELOS, T. F. (2014). *A história da menina-morta: (des)esperança de adolescentes em situação de precariedade social.* Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARROS, M. D. de A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C de. (2001). Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.35, n.2, p. 142-149. [citado 2014-02-05]

BARUS-MICHEL, J. (2005). Entre sofrimento e violência: a produção social da adolescência. *In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE*, São Paulo: USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100018&lng=en&nrm=iso. Acessoem: 01 abr 2012.

BLEGER, J. (1958).*Psicoanalysis y materialismo dialético.* Buenos Aires, Nova Vision.

BLEGER, J. (1963/1984) *Psicologia da conduta*. Trad. De Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 244p.

CORBETT, E. (2014). *“Contos sem fadas”: mães e filhos em situação de violência doméstica.* Tese (Doutorado) - Centro de Ciências, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

ESPÍNDULA, D. H. P.; SANTOS, M. F. S. (2004). Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei. *Psicologia em estudo*, v.9, n.3, p. 357-367.

ESPÍNDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S. (2009). Representações e práticas educativas de mães referentes a filhos atendidos pelo conselho tutelar. *Psicologia*

em Estudo (Maringá), v. 14, n. 1, p. 137-147.

JORDÃO, A. B. (2008). Vínculos familiares na adolescência: nuances e vicissitudes na clínica psicanalítica com adolescentes. *Aletheia,* v. 21, n. 1, p. 157-172.

KÓVACS, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 25(3),484-497. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

KÓVACS, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano.* São Paulo, Casa do Psicólogo.

KÓVACS, M. J. Educadores e a morte. *Psicologia Escolar Educional*, Maringá , v. 16, n.1, jun., p. 71-81, 2012.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 dez. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100008.

MARTINS, C. B. de G. (2013). Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Revista brasileira enfermagem* [online], 66(4), 578-584.

Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400017&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7167. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017.

MOREIRA, M. R.; CRUZ NETO, O.; SUCENA, L. F. M. (2003). Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], 19(1), 161-173. [citado 2014-02-05]

POLITZER, G. (1928/1994). A crítica dos fundamentos da Psicologia: A Psicologia e a Psicanálise. Tradução de Marcos Marcionilo e Yvone Maria de Campos Teixeira da Silva. Piracicaba, Unimep, 194p.

PONTES, M. L. S. (2011). "A hora H": O imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre a adolescência. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

TAKIUTI, A.D. (2008). Autocuidado: Adolescentes, os aprendizes da esperança. Coordenadoria do planejamento em Saúde do Adolescente, São Paulo. *Adolescência e*

Saúde, 3, p. 535-539.

TARDIVO, L. S. de L. C. (2007). *O Adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor, 171p.

VERMELHO, L. L.; JORGE, M. H. P. de M. (1996). Mortalidade de jovens: analise do período de 1930 a 1991 (A transição epidemiológica para a violência). *Revista de Saúde Publica*, 30(4), 319-331.

WAISELFISZ, J. J. (2012). Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. 1ª edição.

WINNICOTT, D. W. (1968/1975) Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In: ______ *O Brincar e a Realidade*. Trad. José O. de A. Abreu e VanedeNober. Rio de Janeiro: Imago, p. 187-203.

O IMAGINÁRIO DE ADOLESCENTES SOBRE O ESPORTE: RESULTADOS PRELIMINARES

LETÍCIA MOLINA RODRIGUES

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

RESUMO

A presente comunicação tem como objetivo apresentar resultados preliminares de pesquisa em curso, cujo objetivo é o estudo psicanalítico do imaginário coletivo de adolescentes sobre a prática esportiva. Justifica-se no contexto de preocupações psicoprofiláticas acerca da saúde emocional neste período da vida, segundo uma perspectiva winnicottiana que considera que ambientes suficientemente bons podem favorecer o processo de amadurecimento pessoal. Articula-se metodologicamente por meio de uma entrevista coletiva, organizada ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. O material de registro, que abrange tanto os próprios desenhos e historias como uma narrativa transferencial, foi examinado à luz das palavras de ordem metodológicas: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração do sentido”. Deste modo foram produzidos interpretativamente, até o presente momento, dois campos de sentido afetivo-emocional: “Superando Limites” e “Vida saudável” O quadro geral aponta a prevalência de um imaginário positivo, na medida em que o esporte é visto como basicamente benéfico tanto do ponto de vista da saúde física como do amadurecimento emocional. Além disso, constatamos indícios de que alguns apreciam as atividades físicas brincantes, tais como andar de skate, de bicicleta e dançar.

Palavras-chave: adolescente, imaginário coletivo, esporte, pesquisa com método psicanalítico, Winnicott.

INTRODUÇÃO

Parece existir uma tendência, na psicologia, a não valorizar suficientemente o fato da adolescência ser um fenômeno produzido socialmente (Aiello-Vaisberg, 2005; Barus-Michel,2005). Vista, frequentemente, de modo descolado da realidade social, vale dizer,

segundo os mitos do homem natural, isolado e abstrato (Bleger,1963), a adolescência é frequentemente pensada em termos meramente intrapsíquicos, como modificação interna que geraria efeitos comportamentais secundários, geralmente problemáticos (Pontes, 2011; Barcelos,2014). Por esta via, acaba sendo concebida como condição quase patológica, com a qual se devem preocupar pais, educadores, psicólogos, sanitaristas e juristas.

Entretanto, se levarmos em conta que, na sociedade capitalista atual, a adolescência pode ser vivenciada de diversas formas, segundo o pertencimento a uma ou outra situação social, econômica e cultural, sem seguir um desenvolvimento emocional padrão, defenderemos a necessidade de produção de conhecimento sobre os diferentes modos como esta fase de vida é vivenciada. Num conjunto de investigações que focalizam vários aspectos do adolescer, optamos, na presente pesquisa, por estudar o imaginário de adolescentes sobre a prática esportiva na adolescência, valorizando a importância do esporte como fenômeno social, que, pode contribuir significativamente para a superação de variados problemas, na medida em que, se bem orientado, contribui para a constituição de ambientes sociais suficientemente bons.

Vale ressaltar que as pesquisas atuais sobre o esporte parecem dar grande importância ao esporte profissional, competitivo, produzindo resultados cada vez mais desgastantes devido ao alto rendimento das competições. Na verdade, quando aspectos psicossociais relevantes, bem como os efeitos subjetivos do esporte, tendem a ser negligenciados, um certo desvirtuamento acaba por se produzir, resultando num desperdício lamentável do potencial construtivo da prática esportiva. Entretanto, se adotarmos outra perspectiva, que valoriza a experiência cultural, bem como a possibilidade do esporte ser praticado a partir de uma escolha individual, sintonizada com o modo de ser pessoal de cada um, podemos repensar esta pratica como caminho de favorecimento do amadurecimento emocional.

Temos constatado, em várias pesquisas, que a sociedade tende a discriminar a adolescência contemporânea, considerando-a como fator de risco para inúmeras condições problemáticas, que vem sendo objeto de atenção da saúde publica, da pedagogia, da psicologia e do direito Flasher (1978); Camps (2003); Aiello-Vaisberg (2005); Barreto, (2006); Cabreira et al., (2007); Minhoto, Ambrósio & Aiello-Vaisberg, (2006); Mencarelli, Bastidas e Aiello-Vaisberg, (2008); Tachibana & Aiello-Vaisberg,

(2008); Montezi et al., (2011); Pontes, (2011); Cabreira et al.(2012); Montezi et al., (2011); Montezi et al (2013) e Botelho-Borges, Barcelos & Aiello-Vaisberg (2014).

Evidentemente, o preconceito contra adolescentes, algumas vezes velado, outras vezes claramente manifesto, é uma questão complexa cujo reconhecimento, por parte dos pesquisadores e da sociedade civil, é ainda incipiente. Tal situação não contribui para um debate acerca de estratégias para seu combate. Entretanto, consideramos que a prática do esporte, quando orientada não apenas educacional e tecnicamente, mas também psicologicamente, pode contribuir positivamente para a superação deste preconceito.

Quando cogitamos sobre o oferecimento de oportunidades para pratica de esporte na adolescência, devemos refletir acerca dos pressupostos a partir dos quais trabalharemos. Defendemos, assim, a importância de validar projetos sociais que tem o esporte como uma atividade meio e não fim. Nesta linha, caberia à psicologia do esporte estuda-lo como conduta, no sentido blegeriano do termo, vale dizer, como atividade que pode ocorrer tanto de modo que contribui para o amadurecimento e integração pessoal, como de modo a incrementar dissociações defensivas que ensejam um afastamento cada vez maior de si mesmo. Quando a competição ganha contornos lúdicos e deixa de dominar o panorama, quando o rendimento esportivo deixa de ser concebido como valor máximo, o esporte pode contribuir significativamente para o desenvolvimento do ser humano, em qualquer etapa da vida, inclusive na adolescência. Deste modo, o esporte poderá se tornar um instrumento, um meio para a descoberta e o desenvolvimento das potencialidades e habilidades dos adolescentes.

Como se vê, entendemos que o esporte apresenta um potencial muito importante quando concebido como uma forma regrada de brincar, no preciso sentido que o termo assume na obra de Winnicott (1971). Contudo, sabemos bem que esta não é a visão socialmente hegemônica, o que é compreensível se pensarmos que no sistema capitalista a competição e a concorrência são sumamente valorizadas. Por outro lado, não nos podemos esquecer de que o brincar é uma atividade própria do modo humano de ser, que, ao que tudo indica, não precisa ser ensinada às crianças, mas tão-somente não inibida. Assim, se de um lado existem claras dificuldades para modificar o imaginário sobre o esporte, o que muito preocupa, por outro não seria ingênuo acreditar que possamos realizar uma aproximação importante entre o brincar e as praticas esportivas, que envolvem o corpo, a percepção e a relação entre pessoas. Tais considerações nos

motivam a realizar a presente pesquisa, cujo objetivo é o estudo psicanalítico do imaginário coletivo de adolescentes sobre a prática esportiva.

OBJETIVO: Investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo de adolescentes sobre a prática esportiva.

MÉTODO:

Participantes: Participaram desta pesquisa dezenove adolescentes, sendo todos alunos da mesma sala de aula de uma organização da sociedade civil que atende adolescente, de 15 a 18 anos, em situação de vulnerabilidade socioeconômica em Campinas.

A partir da pesquisa de caráter exploratório utilizamos quatro procedimentos investigativos, de acordo com rigor do método psicanalítico:

1- **Procedimento investigativo de configuração do encontro com o material:** que se caracteriza pela elaboração do Procedimento dos Desenhos-Estórias pelos adolescentes. Para a compreensão de imaginários coletivos dos adolescentes sobre o esporte os desenhos foram vistos logo em seguida e depois com mais calma, sendo recuperados pela lembrança da vivencia e do material produzido.

2- **Procedimento investigativo de registro do encontro com o material:** que se caracteriza pela elaboração da narrativa sobre o encontro. Os Desenhos-Estórias foram vistos em estado de atenção equiflutuante de acordo com o método psicanalítico, para que os detalhes e sentimentos despertados não ficassem esquecidos.

3- **Procedimento investigativo de produção interpretativa do material:** A narrativa transferencial foi considerada tendo-se em vista a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional. Com atenção equiflutuante e associação livre de ideias, Hermann (2001) propõe de forma diferenciada três estados, o primeiro denominado “deixar que surja”, que possibilita emergir ideias do material, de forma que surjam comentários e conteúdos relevantes para os campos, para em seguida “tomar em consideração”, como sendo o segundo estado relacionado ao espaço potencial do que possa surgir. E por fim o terceiro estado, que é “completar a configuração do sentido”.

4 - Interlocuções Reflexivas: Após a interpretação dos campos de sentido afetivo-emocional foi feita a interlocução dos achados da pesquisa com os autores que consideram o tema da adolescência e do esporte. Considerando a dimensão afetivo-emocional e a experiência empírica de pesquisar, visamos produzir um conhecimento que esclareça mais do que aquilo que se passa com um individuo, mas que represente um tema de forma significativa. O individuo, na ciência, pode ser tomado, mas sempre almejamos produzir conhecimento que de algum modo seja representativo do campo e do assunto, compreendido através do imaginário coletivo e da dialética singular que caracteriza a existência individual.

INTERPRETAÇÕES E REFLEXÕES PRELIMINARES: Foram encontrados, até o momento, dois campos de sentido afetivo-emocional: “Superando Limites” e “Vida saudável”.

Superando limites: é o campo de sentido afetivo-emocional ao redor da crença de que a prática esportiva fortalece o individuo, preparando-o para o enfrentamento de situações de vida difíceis.

Vida saudável: é o campo de sentido afetivo-emocional organizado ao redor da crença de que o esporte gera saúde e bem estar físico-emocional.

O quadro geral aponta, até a presente etapa, a prevalência de um imaginário positivo, na medida em que o esporte é visto como basicamente benéfico tanto do ponto de vista da saúde física como do amadurecimento emocional. Pode-se dizer que um discurso, atualmente bastante forte, no campo da saúde pública, alertando sobre a importância da prática de exercícios, como garantia de vida saudável, vale dizer, da tentativa de evitar uma serie de patologias, parece amplamente assimilado pelos participantes da pesquisa (Fialho, et al,2014).

Finalizamos destacando que consideramos importante investigar a prática do esporte a partir da ótica dos adolescentes, por meio do estudo psicanalítico de imaginários coletivos. Deste modo, percebemos que o esporte pode ser utilizado como recurso valioso na formação e desenvolvimento humanos.

Além disso, quando nos propomos a escutar nossos participantes sobre esporte, contribuímos também com o processo de produção de conhecimento que pode contribuir

em debates sobre a experiência emocional de ser jovem e a passagem da dependência à independência na sociedade atual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. (2005). Sofrimento e adolescência no mundo contemporâneo sob a perspectiva da psicologia social clínica. In *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente,* 2005, São Paulo (SP, Brazil) [online]. [cited 23 November 2014]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100032&lng=en&nrm=iso> .

AIELLO-VAISBERG,T.M.J. (1999). Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo.

BARCELOS, T.F.(2014). A Historia da Menina Morta: (Des) Esperança de Adolescentes em Situação de Precariedade Social. Dissertação de Mestrado. São Paulo, Universidade de São Paulo.

BARRETO, M.A.M. (2006). Do Voo Preciso: Considerando o Imaginário Coletivo de Adolescentes. Tese de Doutorado. Campinas, PUC-Campinas.

BARUS-MICHEL, J. (2005). Entre Sofrimento e Violência: a Produção Social da Adolescência. In *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*, São Paulo (SP, Brazil) [online]. [cited 23 November 2014]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000100018&lng=en&nrm=iso> .

BLEGER, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidos,2001.

BOTELHO-BORGES, A. A., BARCEKIS, T.F. & AIELLO-VAISBERG T.M.J. (2014). Leal a si mesmo: um diálogo com o filme "Meu tio matou um cara". *XI Jornada Apoiar Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social.* São Paulo: Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2013. v. 1. p. 104-113.

CABREIRA, J.C.; PONTES, M.L.S.; TACHIBANA, M.& AIELLO-VAISBERG T.M.J. (2007a). O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual.

Trabalho apresentado na *I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia,* na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Recuperado em 26/04/2013 http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise Fenomenologia.pdf

CABREIRA, J.C., PONTES, M.L.S., TACHIBANA, M. E AIELLO-VAISBERG. T.M.J. Odio e Discriminação contra "Emos": Estudo sobre o Imagnário Coletivo de Adolescentes. Jornada sobe a Criança e o adolescente. São Paulo, Universidade de São Paulo. Disponível em: http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/TexSimposio-NPCR.pdf.Acessado em 27 de setembro de 2013.

CAMPS, C.I.C. de M. (2003). *A Hora do Beijo: Teatro Espontâneo com Adolescentes numa Perspectiva Winnicottiana.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FLASHER, J. (1978). Adultism. *Adolescence, 13* (51), 517–523.

FIALHO, A.A.; MONTEZI,A.V.; AMBROSIO,F.F. E AIELLO-VAIBSERG,T.M.J. (2014). O Imaginário de Estudantes de Educação Física sobre Vida Saudável. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, 36(3):626-631.

MENCARELLI, V.L, BASTIDAS, L.S. E AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2008). A difícil notícia do diagnóstico da síndrome de imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. Psicologia: Teoria e Prática, 10(2):106-120.

MINHOTO,M.; AMBROSIO, F.F. E AIELLO-VAISBERG,T.M.J. (2007). O Imaginário de Adolesxcentes sobre o Alcoolismo: Um Estudo Psicanalitico com o Procedimento de Desenhos-Estorias com tema. Revista Encontro (Santo André), 11,193-205.

MONTEZI, A. V.; ZIA, K.P.; TACHIBABNA, M. E AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, *16* (2), 299-305.

MONTEZI, A. V.; BARCELOS, T. F.; AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. (2013). Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro*. Psicologia em Revista,19*, 74-88.

PONTES, M.L.S. (2011). A Hora H: Imaginário Coletivo de Profissionais de Saúde Mental sobre Adolescência. Dissertação de Mestrado. Campinas, PUC-Campinas.

TACHIBANA,M. AIELLO-VAISBERG,T.M.J. (2008). Estilo Clínico Ser e Fazer: Relato de uma Intervenção Institucional com Mulheres que Perderam a Guarda dos Filho. IX Simpósio CEFAS e II Jornada Flapag, Campinas.

TRINCA,W. (1976). Investigação Clínica da Personalidade: O Desenhos Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros.

WINNICOTT, D.W. (1971). Playing and Reality. London, Tavistock.

TRANCADO NO QUARTO: REFLEXÕES PRELIMINARES SOBRE O CUIDADO A PACIENTES PSICÓTICOS

CRISTIANE HELENA DIAS SIMÕES[22]

FABIANA FOLLADOR E AMBROSIO[23]

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO-VAISBERG[24]

Resumo

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma reflexão teórico-clínica sobre um desafio comumente encontrado no cuidado a pacientes psicóticos, quando se mostram profundamente retraídos ao contato interpessoal. Neste tipo de situação, uma abordagem clínica fundada no *holding*, tal como é compreendido no contexto da clínica winnicottiana, parece-nos particularmente fecunda, na medida em que permite a ocorrência de experiências transformadoras, no caso apresentado, de tolerância por parte do paciente à presença concreta da terapeuta. Examinamos esta questão no contexto de um trabalho em enquadre de acompanhamento terapêutico, por meio de um estudo do caso de um adolescente psiquiatricamente diagnosticado como psicótico, que se recusava a deixar o próprio quarto. Os encontros foram registrados sob forma de narrativastransferenciais que, ao serem consideradas à luz do uso do método psicanalítico, permitiram compreender com profundidade o acontecer entre paciente e terapeuta. Com essa apreensão, assumimos que a adoção de uma atitude fundamentalmente não-invasiva, geradora de sustentação emocional, promoveu o estabelecimento de um vínculo paciente-terapeuta, a partir do qual o paciente passou a experimentar sentimentos de confiança e aceitar a realização de encontros terapêuticos em espaços extra-domiciliares.

Palavras-chave: Psicose - Acompanhamento terapêutico-Eficácia clínica – Comunicação Emocional - D.W.Winnicott

[22]Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Membro do grupo de pesquisa USP/CNPq "Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade". Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Americana.

[23]Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Membro do grupo de pesquisa USP/CNPq "Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade".

[24]Orientadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Professora Livre Docente aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora da "Ser e Fazer": Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e do NEW- Núcleo de Estudos Winnicottianos de São Paulo.

Introdução

Sabemos que uma clínica voltada ao cuidado a pacientes psicóticos traz muitos impasses e desafios para os trabalhadores de saúde mental, independentemente das diferentes abordagens de tratamento (MALCHER & FREIRE, 2013; RADANOVIC ET AL., 2013; SIMÕES, 2012; MIRANDA & CAMPOS, 2012; SOARES, ET AL., 2011; MELLA, DANTAS & BANZATO, 2011; MUÑOZ, 2010; MEYER, 2008). No que se refere à psicanálise, notamos a existência de constantes questionamentos acerca de sua aplicabilidade e eficácia (AMBROSIO, 2013), principalmente no que concerne à comunicação com esses pacientes. Encontramos em Winnicott, autor solidamente apoiado em uma clínica sensível e teoricamente sofisticada, importantes contribuições sobre as bases do amadurecimento emocional precoce, que parecem ajudar no desenvolvimento de propostas de cuidado a essas pessoas. Ao usar a despersonalização e a desrealização como matriz clínica de sua reflexão teórica, introduziu visões verdadeiramente transformadoras no campo da psicopatologia psicanalítica, uma vez que obrigam que seja feita uma revisão dos conceitos de loucura e de psicose, permitindo conceber o sofrimento de tipo psicótico presente na vida de todos (AIELLO-VAISBERG, 2006).

Winnicott e a questão da psicose

As contribuições winnicottianas (WINNICOTT, 1962b, 1964) permitem que relacionemos características do ambiente que se encontra frente a uma pessoa que exige cuidados logo no início de sua vida (por exemplo, a mãe), com processos por que passam aquele que, desde seu próprio ponto de vista, encontra-se em um estado de incipiente sentido de ser (por exemplo, um bebê recém-nascido). Dessa feita, temos o amadurecimento emocional saudável quando um bebê é afortunado o suficiente para poder contar com um ambiente humano capaz de fornecer-lhe sustentação, incluindo o manejo físico e a apreciação do tempo e do espaço, a partir da apresentação de objeto (WINNICOTT, 1945). O avesso desse estado de coisas é sintomaticamente característico da esquizofrenia e de outros fenômenos psicóticos. Assim, o sofrimento psicótico é

considerado uma defesa contra as chamadas agonias impensáveis, ou seja, angústias extremamente primitivas que têm origem em um padrão de cuidado ao lactente com notada e permanente dificuldade na percepção de suas necessidades, sensoriais, físicas e emocionais.

Partindo dessa compreensão - que o sofrimento de tipo esquizofrênico aponta para a presença de um padrão de cuidado insensível às necessidades do bebê - acreditamos que, ao fazermos uma transposição para a clínica, a terapêutica deva consistir no fornecimento de um ambiente humano confiável para que a experiência de cuidado suficientemente bom, que nunca foi vivenciado, possa se dar, graças à colocação em marcha, por parte do cuidador, de *holding*. Concebemos a possibilidade de efetivação do *holding*, em contexto psicoterapêutico, em diferentes enquadres:psicoterapia individual, oficinas psicoterapêuticas, acompanhamento terapêutico, entre outras.

Nesse presente trabalho, temos o objetivo de tecer reflexões, à luz da psicanálise winnicottiana, acerca do cuidado a pacientes psicóticos,quando se mostram profundamente retraídos ao contato interpessoal. Para tanto, apresentaremos uma narrativa psicanalítica de um recorte clínico de atendimento no enquadre conhecido como acompanhamento terapêutico.

Caso clínico: o contexto e a narrativa

O atendimento clínico ocorreu no enquadre denominado acompanhamento terapêutico, prática que tem como principal característica o deslocamento do terapeuta para o ambiente do paciente, ou seja, a ocorrência das intervenções dá-se no cotidiano do próprio paciente. Essa propriedade aparece como uma inversão do que normalmente acontece - o paciente sair do seu cotidiano para ir a um ambiente terapêutico -, na medida em que é o terapeuta que entra no dia-a-dia do acompanhado. Assim, os encontros acontecem, predominantemente, em locais públicos, como serviços públicos, consultas médicas, bancos, parques, shoppings, supermercados, cinema, visitas a pessoas do relacionamento do paciente ou ainda na casa dele mesmo (SIMÕES, 2005).

Como forma de registrar os encontros terapêuticos, optamos pelo uso de narrativas transferenciais, modalidade que vem sendo amplamente usada em pesquisas

psicanalíticas (AIELLO-VAISBERG, MACHADO & AMBROSIO, 2003; AIELLO-VAISBERG & GRANATO, 2004).

Fundamentadas num posicionamento epistemológico que concebe a produção do conhecimento em ciências humanas a partir da vinculação implicada, afetada e comprometida do pesquisador, em relação ao fenômeno estudado, as narrativas transferenciais proporcionam o registro dos impactos contratransferenciais vivenciados pelo pesquisador/psicanalista, bem como confere rigor metodológico e coerência às investigações embasadas no uso do método psicanalítico (AMBROSIO, 2013).

Assim, ao finalizar a escrita, o pesquisador pode mesmo deparar-se com aspectos do acontecer clínico que nem sequer havia notado, uma vez que, durante a experiência, preocupava-se simples e completamente com sua relação com o paciente (Winnicott, 1962). Poderíamos afirmar que, ao confeccionar sua narrativa, o pesquisador vivenciará um segundo momento do encontro, agora não mais entre paciente e terapeuta, mas sim, entre narrador e a narrativa, permitindo, desse modo, tecer outras associações e considerações.

Trancado no quarto

Fátima entrou em contato comigo[25] *por telefone, solicitando uma acompanhante terapêutica para seu filho. Comentou que João não saía do quarto há cerca de seis meses e embora já estivesse medicado por um psiquiatra, não apresentava muita melhora.*

Combinamos de conversamos pessoalmente... Numa primeira entrevista com a mãe, essa me pareceu muito confusa e ansiosa com a situação de seu filho. Contou que João, naquele momento com vinte anos, tinha piorado muito depois que completou dezoito anos, época em que deixou de estudar, justificando que todos ao seu redor falavam mal dele. Passava horas discutindo sozinho em seu quarto, não queria sair nem para comer e que, esporadicamente, com muita insistência, mantinha alguns cuidados pessoais. Como se recusava a sair do quarto, bem como negava todo tipo de tratamento, fiz um contrato com a mãe para que o trabalho ocorresse no enquadre de acompanhamento terapêutico,

[25]Caso atendido pela psicóloga Cristiane Simões. Esclarecemos que o recorte do caso clínico selecionado foi escrito na primeira pessoa do singular.

já que iria até a casa dele, e posteriormente poder fazer atividades externas. Assim, combinei que teria encontros com o garoto três vezes por semana,com duração de duas horas.

Fui à casa do garoto, em dia e horário combinado, e Maria, avó de João, que morava com eles,recebeu-me e conduziu até o quarto de seu neto. Explicou que ele, sabendo da minha visita, estava mais nervoso e até agressivo verbalmente.

Encontrei a porta totalmente trancada e sem muito saber o que fazer permaneci ali. Logo, a avó avisou que a sua acompanhante terapêutica estava ali e ele, do lado de dentro do quarto, começou a falar para eu ir embora, que não queria conhecer ninguém e que não precisava de ajuda.

Sabia naquele momento que precisava tentar alguma aproximação, mas não tinha uma resposta pronta. Falei para a avó que ela não precisava ficar ali comigo e que iria aguardar até conseguir algum contato.

João percebeu minha presença na porta de seu quarto, aproximou-se e disse, do lado de dentro, muitas vezes, para eu ir embora. Quando ficou quieto, falei bem perto da entrada, do lado de fora, que iria ficar ali, que gostaria de conhecê-lo e iria aguardar. Percebendo que ele permaneceu do outro lado bem próximo, fiquei do lado de fora, e bem perto também.

Depois de quase uma hora, João começou a abrir pouquíssimos centímetros da porta, porém logo a fechava, mantendo-se em silêncio. Nestes rápidos momentos, expliquei meu trabalho e disse que nossos encontros iriam ocorrer três vezes por semana e com duração de duas horas cada.

Na verdade, muitas dúvidas surgiram em relação a minha postura, pois via que o diálogo ia ser muito difícil. Após alguns minutos, ele abria novamente centímetros da porta, conferia a minha presença e rapidamente fechava. Desse modo, resolvi permanecer do lado de fora do quarto, porém próxima.

Durante o primeiro mês esta foi a rotina de trabalho. Apenas em alguns momentos, João abria alguns centímetros da porta e logo a fechava. No decorrer das semanas, abria mais vezes, procurando conferir a minha permanência. Quando estava perto de finalizar o encontro, dizia-me que estava chegando a hora como havia mencionado, e que eu deveria ir embora.

Nestas pequenas aberturas, conseguia ver o quanto ele estava descuidado, com o cabelo comprido e muito bagunçado e unhas dos pés muito compridas. Sentia um cheiro ruim que acreditava ser tanto pelo fato do quarto ficar muito fechado, sem ventilação, e que apenas, em alguns momentos, deixava alguém entrar para limpar, como também por ele mesmo, já que passava dias que não aceitava tomar banho, dizendo que não podia sair dali, pois tinha medo.

Nos encontros, percebia que quando tentava conversar sobre algum assunto, não respondia e chegava até mesmo a fechar a porta, quando essa estava pouco aberta. Assim, percebi que era importante eu tolerar o silêncio.

A partir da terceira semana de atendimento, ele deixava mais tempo a portaentreaberta, embora de uma maneira que ainda não conseguia vê-lo por inteiro.

Com o intuito de conseguir maior interação, fiz a proposta de um trabalho lúdico. Levei alguns materiais como jogos de interação, massinha, argila, canetinhas coloridas, giz de cera, tesoura, papel sulfite, lápis de cor, cola, cartolina, revistas e jornais, entre outros, e também pedi que escolhesse e separasse o que poderíamos usar de seus pertences.

João aceitou e levei uma caixa que ficaria em sua casa, e ele, com a ajuda de sua mãe, separou um jogo que gostava, que consistia em um participante desenhar e outro adivinhar – comercialmente conhecido como 'Imagem e Ação'. A partir disso, essa atividade nos acompanhou por muitas sessões, conseguindo que houvesse uma grande interação entre nós. No decorrer dos rabiscos, ia perguntando o que achava de cada um, e assim ele foi contando de suas preferências a respeito de comidas, frutas, carros, objetos, entre outros.

Com o passar das sessões, percebia que a porta permanecia cada vez mais tempo entreaberta, e também com uma abertura maior.

Isso me ajudou; consegui acreditar na minhas intervenções, tendo coragem para dar continuidade e suportar toda aquela espera e incerteza. Entretanto, em alguns momentos, ainda me sentia angustiada, ficando com a sensação de não estar fazendo nada.

Outra atividade muito realizada por nós foram os desenhos que fazíamos com uso de cartolina e canetinhas, quando juntos íamos "fazendo de conta", construindo os passeios que poderíamos realizar. Em várias situações, o garoto falava que tinha medo de sair porque coisas ruins aconteceriam, mas comentou que tinha vontade de voltar a sair de

casa. Nesses "passeios" na cartolina, juntos íamos decidindo a cor da cartolina, qual desenho seria confeccionado e mesmo onde iríamos naquele dia. Depois, ele construía histórias, recheadas deepisódios trágicos, de eventos que ocorreriam na rua.

Percebia que João contava sobre o que tinha vontade de fazer, sobre os lugares conhecidos e sobre os que ainda não tinha ido. Parece que João foi, novamente demonstrando interesse pelo mundo e, ao mesmo tempo, lidando com o medo e agonia que acabaram o aprisionando.

No decorrer do processo, nos nossos desenhos nas cartolinas, conseguíamos realizar passeios divertidos e interessantes, sem que nada acontecesse de ruim para ambos.

Comecei a ficar mais tranqüila, pois considerei que algo estava mudando, que estava conseguindo algum diálogo. Mesmo com essa nossa aproximação, ele sempre pediu um tempo, solicitando que ambos ficassem quietos, o que ocorria, geralmente, nos finais dos encontros.

Depois de aproximadamente cinco meses, o garoto abriu a porta por completo durante as atividades, e logo aceitou sair comigo para os outros cômodos da casa.

Finalmente, depois de seis meses de atendimento, foi possível realizar uma atividade fora de seu domicilio.

Nessa primeira saída fomos lanchar no Mc Donald's, trajeto realizado no encontro anterior em cartolina, onde João contou que estava com muita vontade de comer um dos sanduíches dessa rede, aceitando em seguida ir ao local.

Ainda por algumas vezes, usamos os passeios, por meio da cartolina, como ensaios para as saídas propriamente ditas.

Reflexões teórico-clínicas

Durante todo esse trajeto, os seis meses de atendimento realizado na casa de João, até que a dupla conseguisse sair de casa para ir a outros espaços, como previsto no contexto do acompanhamento terapêutico, compreendemos que a postura da terapeuta, aberta e sustentadora, concretizada muitas vezes por sua presença silenciosa

do lado de fora da porta do quarto de João, encontra-se em consonância com a proposta de Winnicott (1962) “em estar viva, bem e desperta” e exemplifica um momento de compreensão acerca de um sofrimento que levou o garoto a uma solidão enclausurada.

Muitos foram os momentos em que o paciente solicitou de alguma maneira que ambos permanecessem em silêncio. Nas situações que a terapeuta tentava algum diálogo, ele rapidamente fechava a porta do quarto, porém, em poucos minutos, abria poucos centímetros, talvez com a finalidade de conferir se ainda ela permanecia ali. De modo interessante, quanto mais a terapeuta ficava quieta, mais a porta ficava entreaberta.

É importante ressaltar que nos encontros muitas dúvidas apareceram, porém a psicanalista sentia/acreditava que deveria permanecer ao lado dele, mesmo que seu lugar fosse fora de seu quarto, encostada na porta.

Compreendemos que o holding estava sendo concretizado, primeiramente a partir da decisão de permanecer do lado de fora, uma vez que era essa a única possibilidade de relacionamento com ele, e depois, por apresentar, gradualmente, e em pequeníssimas doses, algumas outras possibilidades de interação com a terapeuta. Segundo a perspectiva winnicottiana, o psicanalista deve propor um encontro profissional, onde sua presença permaneceria devotada e disponível, permitindo a configuração de um campo inter-humano propício e acolhedor ao acontecer genuíno, e próprio para que o indivíduo sinta-se encorajado a se vincular a sua condição de existente, libertando-se da impossibilidade a se sentir vivo e real. (AIELLO-VAISBERG, 2004).

Desse modo, acreditamos que a postura da terapeuta na porta do quarto de João, sem forçá-lo a abrir a porta e suportando estar do lado de fora, esperando-o, contribuiu definitivamente para uma maior confiança do paciente em relação a acompanhante. Podemos até compreender, que, se por um lado a presença da terapeuta trazia um elemento invasivo ao universo de João, ao mesmo tempo e cada vez mais, o terror estava sendo substituído por confiança. Ele temia uma companhia, por medo de ser invadido, por outro lado, ele ansiava por essa presença.

Consideramos que o trabalho do analista consiste na integração de aspectos dissociados do *self*, possível pela intervenção de sustentação (*holding*) do acontecer, afastando as agonias impensáveis do horizonte vivencial o máximo possível.

Sustentar o encontro inter-humano é algo que tem sentido quando se tem fé na capacidade criadora humana (AIELLO-VAISBERG, 2004). Isso significa que o analista aposta – pessoal e profissionalmente - no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom, que por si mesmo humaniza e fortalece o sentimento de ser si mesmo. Sendo assim, não se trata da aplicação de uma técnica, não havendo nada para ser ensinado nesse contexto.

A partir da apresentação dos encontros da psicanalista com João, pudemos iluminar o modo pelo qual acontece a sustentação emocional. Acompanhando, atenta e devotamente as necessidades existenciais do paciente - necessidades que devem ser satisfeitas sob o risco de afetar exatamente o sentimento de ser si mesmo -, e, portanto, compreendendo profundamente os sentidos das condutas (BLEGER, 1963) de João, lidando com suas impossibilidades de maneira maximamente sensível, a terapeuta contribuiu para as mudanças que se seguiram.

Por fim ressaltamos que o ato de abrir a porta não se deu graças a um mero comportamento adaptativo desse paciente, mas, ao contrário, indicou a ocorrência de uma mudança significativa, onde um universo temível, repleto de desconfiança e impossível de ser enfrentado,pode ser transformado em um lugar habitado por praças, lanchonetes, filmes, na companhia da terapeuta.

Referências Biblioográficas

AIELLO-VAISBERG, T.M.J; MACHADO, M.C.L.; AMBROSIO, F.F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na Psicologia Clínica Social Winnicottiana. Em: Aiello-Vaisberg, T.M.J. e Ambrosio, F.F. *Cadernos Ser e Fazer:*Trajetos do Sofrimento, Rupturas e (Re) Criações de Sentido. São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (2004). *Ser e fazer:* enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. São Paulo: Idéias e Letras.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; GRANATO, T.M.M. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças* – Psicologia da Saúde, 12 (2): p.227-460.

AMBROSIO, F.F. (2013). *O estilo clínico "Ser e Fazer" na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias.* 114f. Tese de Doutorado em Psicologia.Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

BLEGER, J. (1963) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Paidós, 1977.

MALCHER, F.; FREIRE, A.B. (2013). Laço social na psicose: impasses e possibilidades. *Ágora (Rio J.)* 16(1): 119-133.

MELLA, L.F.B; DANTAS, C.R.; BANZATO, C.E.M. (2011). Insight na psicose: uma análise conceitual. *J.Bras.Psiquiatr.* 60(2): 135-140.

MEYER, G.R. (2008). Algumas considerações sobre o sujeito na psicose. *Ágora (Rio J.)* 11(2): 299-312.

MUÑOZ, N.M. (2010). Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* 13(1): 87- 101.

MIRANDA, L.E; CAMPOS, R.O.(2012). Funções clínicas do trabalho de referência junto a pacientes psicóticos: uma leitura winnicottiana. *Estud. Psicol. (Campinas)* 29(4): 519-529.

RADANOVIC, M.; SOUSA, R.T.; VALIENGO, L.; GATTAZ, W.F.; FORLENZA, O.V. (2013). Alteração formal do pensamento e prejuízo da linguagem na esquizofrenia. *Arq. Neuro- Psiquiatr.* 71(1): 55-60.

SIMÕES, C.H.D.(2005). *A produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas.

SIMÕES, C.H.D. (2012). *Sofredores, impostores e vítimas da sociedade: imaginário de uma equipe de saúde mental sobre o paciente psiquiátrico*. 149f. Tese de Doutorado em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

SOARES, H.L.R.; GONÇALVES, H.C.B; WERNER JÚNIOR, J. (2011). Esquizofrenia hebefrênica: psicose na infância e adolescência. *Fractal, Rev. Psicol.* 23(1): 239-240.

WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In WINNICOTT, D.W. *Textos Selecionados Da Pediatria à Psicanálise*. (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993. p. 269-285.

WINNICOTT, D.W. (1962a) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação:* estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983.

WINNICOTT, D.W. (1962b) A integração do ego no desenvolvimento da criança. In WINNICOTT, D.W. *O Ambiente e os processos dematuração*. (T.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1983. p.55-61.

WINNICOTT, D.W. (1964) O mundo em pequenas doses. In WINNICOTT, D.W. *A criança e seu mundo.* (A. Cabral, Trad.). 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982. p.76-82.

WINNICOTT. D.W. (1963) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação:* estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artmed, 1983.

MENINAS ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA FAMILIAR: PROPOSTA DE PESQUISA EMPÍRICA

ELISA CORBETT

MIRIAM TACHIBANA

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG

Resumo

Na presente comunicação, apresentamos um projeto de pesquisa, a ser desenvolvido no contexto de estudos pós-doutorais, cujo objetivo consiste em investigar a experiência emocional e o futuro imaginado por meninas adolescentes em situação de violência familiar, considerando que as perspectivas de futuro se relacionam estreitamente ao modo como a vida é experimentada. Pretendemos, assim, produzir conhecimento que possa subsidiar práticas interventivas e psicoprofiláticas mais adequadas a esta população, tendo em vista, simultaneamente, atender à adolescente que sofre e dificultar a transmissão geracional da violência. Metodologicamente, realizaremos atendimentos psicológicos individuais psicanaliticamente orientados a dez meninas adolescentes de famílias conflituosas, durante os quais entraremos em contato com suas histórias de vida e com seu imaginário sobre o futuro, abordado por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. O material daí derivado será registrado sob a forma de narrativas transferenciais de encontros e narrativas ficcionais de histórias de vida, que se farão acompanhar dos desenhos-estórias. O conjunto de registros será considerado à luz do método psicanalítico, tendo em vista a produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional que sustentam a experiência emocional e o imaginário sobre o futuro das adolescentes. O processo será finalizado com a reflexão sobre os campos de sentido afetivo-emocional em interlocução com a literatura científica.

Palavras-chave: Psicanálise, Violência Familiar, Adolescente.

A violência familiar é uma problemática grave e complexa em todo o mundo, apresentando-se como temática de grande relevância social e científica. Por meio de uma revisão da literatura especializada (Corbett, 2014), foi observada, no debate científico atual, a existência de dois eixos: a violência contra a mulher e aquela exercida contra crianças e adolescentes. Tal recorte, embora compreensível e justificável por diversas razões, parece conformar um ponto cego no que se refere ao fato de que a violência

doméstica envolve a família toda, havendo inclusive a possibilidade de perceber certa mobilidade nos papéis de vítima e de agressor. Trata-se, portanto, de uma complexa problemática vincular, cuja compreensão permanece limitada quando estudada de modo dissociado, como se as agressões dirigidas às mulheres e às crianças e aos adolescentes constituíssem fenômenos distintos, que apenas ocasionalmente atingiriam a mesma família.

A maternidade em situação de violência e os efeitos dessas vivências nos filhos têm sido pouco discutidos na literatura científica relativa à violência doméstica contra a mulher (Corbett, 2014), não obstante essas vítimas serem, muito frequentemente, mães (Barros, Schraiber & França-Junior, 2011; Santos & Moré, 2011). Evidências do modo como a violência familiar atravessa a dimensão da maternidade pode ser encontrada, por exemplo, em estudos epidemiológicos que apontam, consistentemente, que mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo têm gestações não intencionais com maior frequência do que aquelas que não reportam sofrer este tipo de agressão em diversos países (Mostafa-Kamal, 2013; Pallitto et al., 2013; Stephenson, Jadhav & Hindin, 2013; Stöckl et al., 2012a; Stöckl et al., 2012b).

Apesar de predominarem investigações que operam de modo a dissociar a violência familiar contra a mulher da dirigida contra crianças e adolescentes, aquelas que as abordam de forma integrada tendem a convergir em termos de suas conclusões. A violência doméstica contra a mulher está associada a práticas educativas parentais inadequadas e agressivas (Gustafsson & Cox, 2012; Sani & Cunha, 2011), à má nutrição infantil (Sobkoviak et al., 2012; Yount et al., 2011; Ziaei et al., 2012) e ao comportamento infanto-juvenil disruptivo ou violento (Corbett, 2014; D'Affonseca & Williams, 2011; Durand, Schraiber, França-Junior & Barros, 2011; Spiller et al., 2012). Investigações como as de Corbett (2014), D'Affonseca e Williams (2011), Durand et al. (2011) e Spiller et al. (2012) apontam que a violência contra a mulher atinge seus filhos de modo direto e indireto, vale dizer, por meio da exposição às agressões como vítimas e/ou testemunhas e pela diminuição das condições maternas de cuidá-los.

Outra tendência que chama a atenção, na literatura especializada, é a de levar em conta o sexo da vítima apenas quando são encontradas disparidades significativas nos resultados (Martins et al., 2007; Nunes, Sarti & Ohara, 2009; Oliveira et al., 2011; Roque & Ferriani, 2007; Silva, Taquette & Hasselmann, 2014). Deste modo, salienta-se o fato de crianças e adolescentes serem pessoas que estão atravessando períodos de amadurecimento físico e emocional, que dependem de cuidadores inclusive para o

exercício da cidadania. Entretanto, permanecem veladas ou em segundo plano as diferenças nos modos como os meninos e as meninas experimentam a violência familiar, apesar de se tratar de temática reconhecidamente vinculada às relações de gênero.

De fato, Serpa (2010), que investigou os papéis masculinos e femininos expressos por mães de meninas vítimas de violência intrafamiliar e observou que as concepções machistas ensinadas pela mãe, a constante associação da figura masculina como violenta e o não reconhecimento das mães sobre suas capacidades são fatores relevantes para a manutenção da violência, conclui que a consideração das experiências de meninas e meninos em separado pode contribuir para iluminar situações de violência familiar.

Agressões familiares a meninas adolescentes também são estudadas em pesquisas que focalizam a violência contra a mulher, sobretudo naquelas que se debruçam sobre sua prevalência e fatores associados. Tais investigações incluem participantes a partir de quinze anos de idade, faixa etária que corresponde à adolescência, usualmente abordando a violência cometida por parceiro íntimo e assumindo as adolescentes como “mulheres em idade reprodutiva” semelhantes àquelas socialmente consideradas adultas (Abadi, Ghazinour, Nojomi & Richter, 2012; Alio et al., 2011; Deslandes, Gomes & Silva, 2000; Durand et al., 2011; Koski, Stephenson & Koenig, 2011; Stephenson et al. 2013; Ziaei, Naved & Ekström, 2012). A compreensão, assim, é a de que tais adolescentes seriam semelhantes àquelas socialmente consideradas adultas. Contudo, se, do ponto de vista da saúde pública, essa semelhança pode sustentar-se, na experiência concreta da adolescente ou da jovem em situação de violência podem ser encontradas especificidades significativas relacionadas ao fato de serem socialmente reconhecidas como vivendo um momento de transição entre a infância e a idade adulta (Brown et al., 2011).

Uma questão especialmente preocupante é a transgeracionalidade da violência doméstica, que pode ser observada tanto na similaridade dos modos de vinculação das famílias em foco com suas famílias de origem quanto pela reprodução da violência por parte das crianças e dos adolescentes, que podem chegar a assumir o lugar de autores de agressões dirigidas à mãe (Corbett, 2014; Santos & Moré, 2011). Apesar da relevância da questão, que amplia a complexidade da problemática e aponta para a sua reprodução nas gerações futuras, poucos são os estudos que se dedicam a examiná-la (Santos & Moré, 2011; Serpa, 2010). O silêncio dos pesquisadores parece ser ainda maior quando o foco é o adolescente do sexo masculino, como atestam revisões sistemáticas da literatura (Corbett, 2014).

Deste modo, objetivamos, no estudo proposto, investigar a experiência emocional e o imaginário sobre o próprio futuro de meninas adolescentes de famílias conflituosas, considerando que as perspectivas em relação ao futuro se relacionam estreitamente ao modo como a vida é experimentada. Pretendemos, assim, produzir conhecimento que possa subsidiar práticas de atenção às adolescentes em situação de violência familiar mais adequadas ao modo como experimentam a vida e imaginam o seu futuro, bem como ampliar o debate científico contemporâneo sobre a violência familiar. Cabe ressaltar que o atendimento destas adolescentes tanto é relevante em si mesmo, em função dos sofrimentos que estão sendo vivenciados no presente, como do ponto de vista psicoprofilático (Bleger, 1984). Afinal, estão às vésperas de iniciarem parcerias amorosas e conjugais e de ocupar as posições atualmente ocupadas pelas figuras maternas, de modo que estas intervenções podem ter um potencial mutativo importante que transcende a individualidade da adolescente atendido. Neste sentido, pode-se aventar a possibilidade de intervenção sobre a dimensão da transmissão geracional da violência familiar a partir de um tipo de atendimento que tivesse em mira não apenas a jovem, aqui e agora, mas a jovem como mãe em poucos anos.

O primeiro desafio que este projeto de pesquisa se propõe a superar se refere à possibilidade de produzir conhecimento científico sobre as experiências de adolescentes em situação de violência familiar e seu impacto no futuro imaginado por elas de modo contextualizado, vale dizer, concreto (Bleger, 1963/1989; Politzer, 1928/1998). Para tanto, desenvolveremos a investigação a partir da ótica da psicanálise relacional (Greenberg & Mitchell, 1994; Jones, 1996; Mitchell, 1988, 1993). Tal articulação entre duas perspectivas que se desenvolveram de modo independente, uma no eixo Europa-América Latina e outra nos Estados Unidos, se assenta sobre a percepção de importantes convergências entre elas, no que se refere, principalmente, ao reconhecimento das relações interpessoais como fundamentos da construção e da compreensão do psiquismo humano e à postura crítica em relação à metapsicologia freudiana (Liberman, 2014). Ancoradas nesses pressupostos, fazemos uso do método psicanalítico na abordagem de manifestações de pessoas concretas que habitam ambientes inter-humanos configurados como verdadeiros mundos vivenciais. Tais mundos são forjados nas relações com os outros e com os produtos da atividade humana que, por sua vez, acontecem em contextos sociais, históricos, culturais e geopolíticos. Nesta perspectiva, o método psicanalítico se inscreve entre os métodos qualitativos de pesquisa, definidos pela

abordagem interpretativa, sempre contextualizada, de questões relativas a ações e experiências humanas (Banister et al, 2006).

Assim, quando nos referimos tanto à experiência emocional quanto ao imaginário, temos em mente as formas como pessoas e grupos vivenciam determinadas situações com que se deparam. Temos reservado a denominação “experiência emocional” para uso no contexto de investigações que correspondem a um detalhamento da dramática vivenciada por indivíduos e coletivos. Já o estudo sobre o imaginário incide diretamente sobre atos imaginativos, que certamente se articulam profundamente com a experiência, tanto guiando-a como dela derivando. Por exemplo, a forma como uma adolescente experimenta sofrer uma agressão do namorado relaciona-se estreitamente a como imagina as relações amorosas e conjugais, a violência e o que o futuro lhe reserva. Tais imaginários sobre os vínculos amorosos, sobre a violência e sobre o futuro, por sua vez, são derivados das suas experiências emocionais, da forma como pode experimentar a vida e o mundo em sua concretude.

Definimos, assim, experiência emocional como modos de habitar dramática e concretamente campos de sentido afetivo-emocional, concebidos como ambientes inter-humanos povoados de forma transitória ou duradoura por indivíduos e grupos. Já o imaginário consiste num recorte da experiência, realizado pelo pesquisador com vistas a estudar fenômenos humanos, sempre complexos e multifacetados. Para tanto, alinhadas ao pensamento blegeriano, compreendemos que a experiência é uma dimensão da conduta, é a forma como a conduta é vivenciada enquanto acontecer humano afetivo-emocional (Bleger, 1963/1989). Trata-se, portanto, da conduta vista a partir da psicologia dos afetos e das emoções. Tal perspectiva faz justiça a uma leitura dialética das contribuições psicanalíticas, modificando radicalmente o conceito de inconsciente e mantendo-se fiel ao fundamento da psicanálise, que é o acontecer clínico (Politzer, 1928/1998).

Deste modo, subscrevemos uma visão do inconsciente como campos de sentido afetivo-emocional, cujo caráter é inescapavelmente relacional, vincular. Tais campos, que são produzidos pelas interações entre os seres humanos em diversos âmbitos coletivos, desde aquelas que se dão no face à face até outras, mais amplas, institucionais e macrossociais, configuram-se, portanto, como verdadeiros ambientes inter-humanos, onde a dramática do viver acontece. Parafraseando Winnicott (1971), correspondem a “lugares” em que vivemos. Tal posição é sustentada por uma série de estudos que, em

seu conjunto, indicam o poder heurístico do conceito de campo de sentido afetivo-emocional na pesquisa qualitativa psicanalítica (Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010; Corbett, 2009, 2014; Corbett, Ambrosio, Gallo-Belluzzo & Aiello-Vaisberg (no prelo); Gallo-Belluzzo, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2014; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013; Ribeiro, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008, entre outros).

Em experiência prévia, atendendo adolescentes de famílias conflituosas na mesma instituição em que se desenvolverá o estudo proposto, notamos que, diferentemente, por exemplo, das mulheres que ali procuram ajuda, os adolescentes habitualmente não tecem longas narrativas sobre suas histórias de vida e as violências sofridas à psicóloga. Parecem aproximar-se da profissional com cautela, experimentando se podem confiar nela. Os modos como se expressam também são normalmente distintos dos de suas mães. Às vezes, contam resumidamente situações difíceis que enfrentaram. Outras, não dizem nada, mas trazem uma gravação, feita no celular, das agressões ocorridas na casa. Há momentos em que usam o encontro terapêutico como espaço de descanso da violência, envolvendo-se num jogo ou brincadeira com a terapeuta e não mencionando o que vivem durante vários encontros.

A partir destas observações, optamos pelo uso de um **procedimento investigativo de configuração das entrevistas** que assegure, tanto quanto possível, que pesquisadora e participante possam ter, juntas, o espaço e o tempo necessários para que a investigação seja desenvolvida respeitando maximamente a delicadeza das situações que enfrentam e de seu sofrimento. Deste modo, as entrevistas ao redor das quais se organizará esta investigação serão configuradas a partir de atendimentos individuais psicanaliticamente orientados a dez meninas adolescentes, encaminhadas para atendimento psicológico por testemunharem situações de violência entre os pais, por terem cometido ou por terem sofrido agressões. Tais atendimentos serão realizados em uma organização não governamental dedicada à atenção interdisciplinar a famílias em situação de violência doméstica. A duração e o número de encontros realizados com cada participante serão definidos de acordo com as necessidades clínicas, tendo em vista, simultaneamente, oferecer amplo espaço para suas comunicações, permitindo que a pesquisadora possa conhecê-las, aproximando-se de suas experiências e proporcionando condições que favoreçam o seu benefício.

No contexto das entrevistas, em momento oportuno, do ponto de vista clínico, faremos uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999), solicitando que desenhem uma adolescente dos dias de hoje e, posteriormente, contem

uma história sobre a figura desenhada. Finalmente, pediremos que contem uma história sobre essa adolescente no futuro. Uma vez que muitos dos jovens com quem temos trabalhado apresentam dificuldades bastante significativas de escrita, nos encarregaremos de anotar a história imaginada pela participante. Optamos pelo uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema por tratar-se de um procedimento favorecedor da sustentação emocional no encontro com o participante, como observado em estudos anteriores (Antunes, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2008; Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2007; Tachibana, Ayouch, Beaune & Aiello-Vaisberg, 2012), consistindo em escolha metodológica alinhada à própria percepção da delicadeza das situações que essas adolescentes vivem e do seu sofrimento.

Tendo em vista a manutenção do rigor científico, faremos uso de duas diferentes modalidades de registro, que se articulam para compor um **procedimento investigativo de registro das entrevistas** acorde às exigências do método psicanalítico: narrativas transferenciais de entrevistas e narrativas transferenciais ficcionais de histórias de vida.

As narrativas transferenciais de entrevistas serão confeccionadas imediatamente após cada atendimento, à guisa de anotações clínicas preliminares sobre o que ocorreu na entrevista e sobre as ressonâncias contratransferenciais geradas (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005; Aiello-Vaisberg, Machado & Ambrosio, 2003; Aiello-Vaisberg et al, 2009). Finalizado o período do estudo dedicado aos atendimentos, aprimoraremos nossos registros, partindo para a elaboração de narrativas transferenciais ficcionais, que não versarão sobre cada entrevista em particular, e sim sobre as histórias de vida dos participantes.

O uso de narrativas transferenciais tem como objetivo comunicar o vivido nas entrevistas, fazendo sentido num contexto epistemológico em que a pessoalidade do pesquisador é compreendida como via de acesso para a produção de conhecimento sobre a dramática da experiência humana (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005). Na elaboração dessas narrativas, fazemos uso da associação livre e da atenção flutuante para contar as lembranças dos encontros com os participantes, mesclando as sensações contratransferenciais experimentadas. Deste modo, ao registrar nossas memórias, associamos livremente a partir delas e detemo-nos mais, por exemplo, em um ou outro momento da entrevista, em uma ou outra comunicação, em uma ou outra sensação, a partir da atenção flutuante. Tais narrativas assemelham-se, assim, àquelas em que o sonhador conta um sonho que teve, combinando o relato de cenas e acontecimentos com

os seus sentimentos. Por meio delas, objetivamos apresentar o acontecer vivido, favorecendo o surgimento de novos movimentos e associações tanto por parte da pesquisadora e dos membros do grupo de pesquisa, quando vierem a encontrá-las como texto a ser interpretado psicanaliticamente, como dos interlocutores, quando da comunicação dos achados da pesquisa.

A criação de narrativas transferenciais ficcionais resolve, a nosso ver, dois tipos de questões. De um lado, o próprio processo de tornar fictício favorece o aprofundamento da compreensão da dramática de vida, ao convidar o pesquisador a associação ainda mais livremente, usando os impactos contra-transferenciais de modo "quase-brincante". De outro, serve a propósitos de proteção do participante, na medida em que a alteração de dados identificatórios, bem como de circunstâncias de espaço e de tempo, com preservação da dramática vivida, dificulta ou até mesmo impede tanto autoidentificação como identificação por terceiro.

Esta iniciativa no sentido de apresentar casos sob forma ficcional está respaldada em indicações de Ambrosio, Cia e Aiello-Vaisberg (2010), Caligor, Kernberg e Clarkin (2008), Corbett (2014) e Sirota (2003). Estes autores recomendam a "invenção" de histórias análogas às reais, do ponto de vista afetivo-emocional, mas suficientemente alteradas para responder ao desafio de reduzir as possibilidades de exposição da intimidade dos participantes. Tal precaução vem se tornando cada vez mais importante em tempos de disponibilização das publicações científicas na *web*, muitas vezes rapidamente localizadas por meio de busca a partir do nome do pesquisador. Evidentemente, ser identificado por terceiros pode causar constrangimentos, embaraços e gerar prejuízos efetivos. Por outro lado, o cuidado para que não haja fácil autoidentificação é tomado porque sabemos que se defrontar com considerações interpretativas sobre si mesmo, fora de um contexto de tratamento, pode gerar sofrimento emocional.

O processo de consideração psicanalítica foi apresentado de forma bastante esclarecedora por Herrmann (2001/2004), que diferencia os estados a que o analista devotaria sua atenção quando realiza a escuta do paciente. No primeiro, denominado *deixar que surja,* "uma parte do analista deve ser doada irrestritamente à espera (...) aguardando que algum broto de sentido comece a surgir" (p. 72). O segundo estado é chamado "...*tomar em consideração*, pois é a faculdade que considera o conjunto da análise ou de algum segmento, embora ainda que de forma completamente aberta para o que possa surgir. E, quando surge, impede que desapareça" (p. 73). Já o movimento que

atribui um novo sentido ao que diz o paciente, Herrmann (1979/1991) denomina *completar o desenho.* Temos nos referido a este movimento como produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, acreditando que esta definição confere maior precisão conceitual.

Assim, a seguir, cumprimos nossos **procedimentos investigativos de interpretação das dramáticas do viver** que se expressam nas narrativas transferenciais ficcionais em duas etapas.

Na primeira etapa interpretativa, entramos em contato com o conjunto do material relativo a cada um dos adolescentes em estado de atenção equiflutuante, registrando nossas associações por escrito. A seguir, tomamos em consideração os registros, juntamente com nossas anotações a seu respeito, criando/encontrando campos de sentido-afetivo emocional relativos às experiências emocionais e ao imaginário sobre o próprio futuro de cada participante.

Numa segunda etapa da interpretação psicanalítica, tomaremos em consideração o conjunto de campos de sentido afetivo-emocional produzido, aproximando aqueles mais semelhantes do ponto de vista de sua regra lógico-emocional fundamental. Neste processo, entraremos em contato com o conjunto dos registros diversas vezes, tendo em vista sustentar a produção de campos de sentido afetivo-emocional mais amplos, relativos às experiências das participantes como coletivo humano, a saber, as meninas adolescentes em situação de violência, mas respeitosos em relação às experiências de cada uma delas.

A nosso ver, a necessidade de interpretar em duas etapas se impõe à luz da perspectiva, aqui adotada, da psicologia concreta (Bleger,1963/1989). Nossa experiência no desenvolvimento de estudos semelhantes indica que possivelmente resultarão, ao final da primeira etapa, uma certa quantidade de campos de sentido afetivo-emocional, interpretados a partir da historia individual de cada participante, que muito provavelmente apresentarão certa semelhança entre si, sem coincidir totalmente. Tal ocorrência é esperada porque operamos, neste momento, na proximidade máxima da atenção clínica cada história individual, sempre absolutamente singular. Contudo, sabemos que a produção de conhecimento, que possa vir a beneficiar outras pessoas, exige um afastamento mínimo, tendo em vista permitir a apreensão de *tendências* que possam se repetir na experiência vivida e no futuro imaginado por estas adolescentes. Adotamos, portanto, visão compatível com aquela que prevalece no pensamento concreto de Bleger (1963/1989), na medida em que assume que não é infinita “a quantidade de formas nas

quais o ser humano, unitariamente considerado, pode responder ou agir” (Bleger, 1963/1989, p. 143). Em outros termos, tanto reconhecemos o caráter único, impossível de se repetir, de cada história individual, como consideramos a possibilidade do reconhecimento de padrões, certamente numerosos, mas não infinitos, de experiência emocional, de imaginário sobre o futuro e, consequentemente, de campos de sentido afetivo-emocional subjacentes.

Este estudo se completará pelo **procedimento investigativo de elaboração de interlocuções reflexivas,** correspondente à seção habitualmente intitulada discussão de resultados. Consiste em um processo de examinar ideias e teorias que possam iluminar os achados da pesquisa, vale dizer, os campos de sentido afetivo-emocional produzidos, a partir da interlocução com autores que se debruçam sobre questões análogas.

Cabe, a bem da clareza, destacar o fato deste procedimento investigativo se diferenciar dos três anteriores, durante os quais buscamos cultivar tanto a atenção flutuante como a associação livre, justamente por se caracterizar como um tipo diferente de trabalho intelectual. Isso não significa que pretendamos nos afastar da perspectiva dramática em direção a especulações abstratas e distanciadas do acontecer inter-humano, mas que este último procedimento investigativo envolve um distanciamento mínimo em relação ao acontecer vincular estudado que seja suficiente para a inclusão de reflexões e diálogos com outros autores.

Com o desenvolvimento do estudo descrito neste projeto, pretendemos produzir conhecimento que possa subsidiar práticas de atenção a adolescentes em situação de violência familiar mais adequadas ao modo como experimentam a vida e as perspectivas de futuro, bem como ampliar o debate científico contemporâneo sobre a violência familiar.

Referências Bibliográficas

Abadi, M. N. L., Ghazinour, M., Nojomi, M., & Richter, J. (2012, April). The buffering effect of social support between domestic violence and self-esteem in pregnant women in Tehran, Iran. *Journal of Family Violence*, 27(3), 225-231.

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L. (2005). Narrativas: O Gesto do Sonhador Brincante. In: Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. São Paulo: Estados Gerais da Psicanálise. Recuperado em 05 de julho, 2013, de http://serefazer.psc.br/narrativas-o-gesto-do-sonhador-brincante/

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., & Ambrosio, F. F. (2003). A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social. In T. M. J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio, (Orgs.). *Cadernos ser e fazer: trajetos do sofrimento: rupturas, (re) criação de sentido* (pp. 6-16). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., Ayouch, T., Caron, R., & Beaune, D. (2009) Les récits transferenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In D. Beaune. (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. (pp. 39-52). Paris: L'Harmattan.

Alio, A. P., Salihu, H. M., Nana, P. N., Clayton, H. B., Mbah, A. K., & Marty, P. J. (2011, February). Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 112(2), 83-87.

Ambrosio, F. F., Cia, W. C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). O acidente de Flic: apresentação do acontecer clínico como narrativa brincante. *Anais da VIII Jornada Apoiar*: promoção e vulnerabilidade social na América Latina (pp. 263-272). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Antunes, D. P. S., Tachibana, M.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de Psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, 28, 135-145.

Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (2006). *Qualitative methods in psychology: a research guide.* New York, Opera University Press.

Barcelos, T. F.; Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática,* 12(1), 85-96.

Barros, C., Schraiber, L. B., & França-Junior, I. (2011). Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública,* 45(2), 365-372.

Bleger, J. (1963). *Psicologia da conduta.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Brown, G., Brady, G., & Letherby, G. (2011, October). Young mothers' experiences of power, control and violence within intimate and familial relationships. *Child Care in Practice*, 17(4), 359-374.

Caligor, E.; Kernberg, O. F.; Clarkin, J. F. (2008). Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade. Porto Alegre: Artmed.

Cia, W. C. (2014). *Sonho desfeito: anencefalia e experiência emocional dos pais*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo.

Corbett, E. (2009). *"Até que a morte nos separe" e outros campos do imaginário coletivo de estudantes de psicologia sobre sexualidade.* Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Corbett, E. (2014). "*Contos sem fadas": mães e filhos em situação de violência doméstica.* Tese de Doutorado, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo.

Corbett, E., Ambrosio, F. F., Gallo-Belluzzo, S. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (no prelo) Produções imaginativas sobre dificuldades sexuais: um estudo psicanalítico. *Psicologia & Sociedade*.

D'Affonseca, S. M., & Williams, L. C. A. (2011). Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 236-251.

Durand, J. G., Schraiber, L. B., França-Junior, I., & Barros, C. (2011/abril). Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 355-364.

Deslandes, S. F., Gomes, R., & Silva, C. M. F. P. da (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública,* 16(1), 129-137.

Gallo-Belluzzo, S. R., Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O primeiro atendimento clínico no imaginário de estudantes de psicologia. *Paidéia*, 23(56), 389-396.

Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25(1), 17-36.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica* (E. de O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Gustafsson, H. C., Cox, M. J., & the Family Life Project Key Investigators (2012, October). Relations among intimate partner violence, maternal depressive symptoms, and maternal parenting behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 74(5), 1005-1020.

Herrmann, F. (2001). *Introdução à Teoria dos Campos*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

Jones, J. W. (1996). *Religion and psychology in transition: psychoanalysis, feminism and theology*. New Haven: Yale University Press.

Koski, A. D., Stephenson, R., & Koenig, M. R. (2011, June). Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(3), 245-254.

Liberman, A. (2014, feb). Stephen A. Mitchell y el psicoanálisis rioplatence “clássico” (Bleger): algunas convergencias. *Clínica e Investigación Relacional*, 8(1), pp. 51-60.

Martins, C. S., Ferriani, M. das G. C., Silva, M. A. I., Zahr, N. R., Arone, K. M. B. et al. (2007). A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(5), 889-894.

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: an integration.* Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis.* New York: Basic Books.

Mostafa-Kamal, S. M. (2013, March). Domestic violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. *Journal of Family & Reproductive Health*, 7(1), 11-22.

Nunes, C. B., Sarti, C. A., & Ohara, C. V. da S. (2009). Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem,* 22(n.spe), 903-908.

Oliveira, M. T. de, Lima, M. L. C., Barros, M. D. de A., Paz, A. M., Barbosa, A. M. F. et al. (2011). Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in)visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 11(1), 29-39.

Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C., on behalf of WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence (2013, January). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3-9.

Politzer, G. (1928). *Crítica dos fundamentos da psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Piracicaba: Editora Unimep, 1998.

Ribeiro, D. P., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira experiência clínica. *Aletheia (ULBRA)*, 28, 135-145.

Roque, E. M. de S. T., & Ferriani, M. das G. C. (2007). Estudo das famílias de crianças e adolescentes, vítimas de violência, que sofreram intervenção da justiça. *Revista Latino-Americana de. Enfermagem*, 15(4), 549-555.

Sani, A. I., & Cunha, D. M. M. (2011, dezembro). Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 429-437.

Santos, A. C. W., & Moré, C. L. O. O. (2011). Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 220-235.

Serpa, M. G. (2010). Perspectivas sobre papeis de gênero masculino e feminino: um relato de experiência com mães de meninas vitimizadas. *Psicologia & Sociedade,* 22(1), 14-22.

Silva, A. M. V. L. da, Taquette, S. R., & Hasselmann, M. H. (2014). Violência familiar e índice de massa corporal em adolescentes atendidos no Programa Bolsa Família numa unidade básica de saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* 30(3), 645-656.

Sirota, A. (2003). *Figures de la perversion sociale.* Paris: EDK.

Sobkoviak, R. M., Yount, K. M., & Halim, N. (2012, January). Domestic violence and child nutrition in Liberia. *Social Science & Medicine*, 74(2), 103-111.

Spiller, L. C., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Skopp, N. A. (2012, October). Physically abused women's experiences of sexual victimization and their children's disruptive behavior problems. *Psychology of Violence*, 2(4), 401-410.

Stephenson, R., Jadhav, A., & Hindin, M. (2013, March). Physical domestic violence and subsequent contraceptive adoption among women in rural India. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(5), 1020-1039.

Stöckl, H., Filippi, V., Watts, C., & Mbwambo, J. K. (2012a, March). Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12. Recuperado em 17 de outubro, 2013, de http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/12.

Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Delius, M., Hasbargen, U., Friese, K. et al. (2012b, January). Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(1), 128-133.

Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2007). Desenhos-Estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças*, 15 (1), 23-31.

Tachibana, M., Ayouch, T., Beaune, D., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). O imaginário coletivo de estudantes franceses de Psicologia sobre o doente mental. *Anais da Jornada Apoiar, 10* (p. 292-305). São Paulo: IPUSP.

Yount, K. M., DiGirolamo, A. M., & Ramakrishnan, U. (2011, May). Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1534-1554.

Ziaei, S., Naved, R. T., & Ekström, E. C. (2012, August). Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Maternal and Child Nutrition*. Recuperado em 17 de outubro, 2013, de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906219.

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA A PARTIR DO DOCUMENTÁRIO BRASILEIRO "MENINAS"

ADRIANA DE LIMA RIBEIRO

MICHELE ACHING

TANIA MARA MARQUES GRANATO

Resumo

Estudos recentes sobre o imaginário de coletivos acerca da maternidade sugerem uma associação entre a idealização da figura materna, altas expectativas em relação aos cuidados maternos, e a consequente intolerância contra condutas maternas que desafiam esse ideal, o que deu origem ao estudo de produções imaginativas sobre a maternidade que são veiculadas por produções culturais. Partindo desse novo questionamento, realizamos um estudo exploratório do documentário brasileiro "Meninas" enquanto narrativa cinematográfica que comunica a experiência da maternidade adolescente em um contexto de precariedade social. A assistência cuidadosa e repetida ao filme, foi seguida de seu registro realizado em três níveis: narração oral, narração visual e impressões contratransferenciais das pesquisadoras.À luz da perspectiva winnicottiana sobre o cuidado materno suficientemente bom, discutimos a situação de desamparo e vulnerabilidade social a que meninas e mães estão expostas e o consequente comprometimento do cuidado infantil suficientemente bom. Ressaltamos a necessidade de considerar a oposição entre os processos maturacionais da adolescência e aqueles que se relacionam ao desenvolvimento da maternagem na elaboração de práticas preventivas e interventivas na área da saúde materno-infantil. E, finalmente, apontamos a adequação do uso de documentários, tomados como narrativas de experiências vividas, no âmbito da pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: maternidade, adolescência, cinema, psicanálise.

INTRODUÇÃO

Pesquisas recentes sobre os imaginários coletivos acerca da maternidade (Folle&Geib, 2004; Granato & Aiello-Vaisberg, 2011, 2013; Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato, Tachibana& Aiello-Vaisberg, 2011) sugerem uma associação

entre a idealização da figura materna, altas expectativas em relação aos cuidados maternos e a consequente intolerância contra condutas que desafiam o acalentado ideal. No entanto, como observam Granato e Aiello-Vaisberg (2009) independente das expectativas e idealizações da sociedade acerca da maternidade, e muito embora essa possa vir a ser uma experiência gratificante para a mulher, a gravidez e a maternidade também têm um potencial desagregador, uma vez que conflitos aparentemente superados são reeditados gerando emoções que podem estar sendo experimentadas pela primeira vez. Tal condição de vulnerabilidade emocional deveria inspirar a conduta de se prover sustentação social e cuidados especiais não só ao bebê, mas também à mãe, para que ela consiga superar as dificuldades e encontrar seu modo pessoal de ser mãe (Aiello-Vaisberg & Granato, 2010; Granato & Aiello-Vaisberg, 2009). Afinal, o cuidado materno deve viabilizar e manter a “continuidade de ser” do bebê (Folle & Geib, 2004) no sentido de seu desenvolvimento emocional. Entretanto, o que encontramos é um suporte precário ou inexistente, além da expectativa de que a mulher concilie a beleza, boa forma física, o sucesso profissional/financeiro com a maternidade. Nesse sentido, as produções do imaginário social podem servir à estigmatização de mães que desafiam o ideal vigente. Nesta perspectiva, nosso grupo de pesquisa tem investigado o imaginário sobrea maternidade com diferentes grupos de participantes (Granato & Aiello-Vaisberg, 2011, 2013; Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato, Tachibana& Aiello-Vaisberg, 2011) a respeito da maternidade, além de estudos exploratórios de produções culturais, tais como filmes, contos, músicas, novelas, blogs e vídeos, e é nesse horizonte que esta pesquisa se insere ao explorar um tema relevante como a maternidade adolescente em contexto de precariedade social.

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) apontam que no Brasil a gravidez na adolescência teve, entre os anos de 1994 e 2004, um aumento percentual em relação às outras faixas etárias, enquanto em 2004 chegou a 20% do total de gestações, sendo considerada um problema de saúde pública. Ainda segundo a autora, dentre os fatores sócio-demográficos que se associam à gravidez adolescente destacam-se o baixo nível socioeconômico, o início precoce da menarca e das relações sexuais, a ausência ou uso inadequado de métodos contraceptivos e o abuso de álcool e de substâncias. Dentre os fatores sócio-emocionais Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) sublinham a experiência prematura de perda, famílias monoparentais, distanciamento emocional do pai, privação emocional, alcoolismo paterno, abuso sexual, baixa

autoestima, atitudes tradicionais em relação ao papel da mulher na família, expectativas educacionais modestas, presença de irmã sexualmente ativa ou já mãe, gravidez da própria mãe na adolescência, desejo de engravidar e ter uma família harmoniosa, desejo de construir uma relação íntima e de exercer sexualidade adulta com o parceiro, desejo de construir uma identidade feminina e de certificar-se da sua capacidade reprodutiva, busca de um novo status social e, finalmente, desejo de demonstrar independência frente aos pais.

De acordo com Martin e Angelo (1999 como citados em Aching, 2013, pp. 29-30), entre as famílias de baixo nível socioeconômico existe, em face das dificuldades socioeconômicas enfrentadas, uma tendência a acelerar o processo de formação do casal e nascimento dos filhos, como tentativa de superar os desafios inerentes a esse contexto social. No entanto, ainda segundo os autores, o exercício da maternidade em tal contexto se dá em situação de fragilidade, uma vez que as mães passam a assumir grande parte do cuidado, além de contribuírem para a renda familiar, o que vem dificultar a supervisão dos filhos que se torna falha à medida que estes crescem.

Alguns estudos (Salomão & Silva, 2003) indicam que:

“embora muitas adolescentes possam, a princípio, encarar a gravidez como um meio de obter atenção e de se fazerem sentir ‘crescidas’ e importantes, ao final sentem-se sós, desamparadas e ‘aborrecidas’. Algumas não superam o conflito que se estabelece quando recebem a notícia da gravidez, vivenciando a situação, frequentemente, como um ‘castigo’.” (p.136).

No estudo de Pontes et al. (2010) sobre o imaginário de adolescentes acerca da maternidade adolescente constata-se que a gravidez na adolescência “parece ser vista como uma punição ao ‘crime’ de ter relações sexuais, e que a figura realmente castigada seria a jovem gestante, a quem são associadas imagens de abandono e de morte” (p. 92). Para as autoras, a oscilação entre a onipotência ao exercer a sexualidade de modo impulsivo e despreocupado, e a associação da sexualidade a “imagens terroríficas”, indicaria que os adolescentes estariam “lidando com o desabrochar da sexualidade de maneira emocionalmente empobrecida” (p. 92). Apontam ainda que o imaginário aterrador proviria de um discurso social que trata a sexualidade adolescente como comportamento de risco e observam que seria possível instruir os jovens quanto as “consequências inerentes à vida sexual” sem “ter a sua sexualidade ‘aniquilada’ ou o direito a uma vida sexual furtado” (Pontes,

Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010, p. 92) priorizando o seu desenvolvimento emocional.

A esse quadro Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) acrescentam o temor da penúria e a falta de perspectivas diante de taxas maiores de pobreza e desemprego, relacionadas ao baixo nível de escolaridade (devido à dificuldade de conciliar trabalho, estudos e atividades domésticas) e agravadas pelo baixo status socioeconômico familiar e baixa estabilidade conjugal. No entanto, após a entrada do(s) filho(s) na idade escolar, a situação desfavorável na qual a jovem mãe se encontra pode ser revertida.

Em relação ao cuidado materno, Bergamaschi e Praça (2008) mencionam estudos que mostram que, ao se sentirem apoiadas e seguras, ao longo do tempo, as mães adolescentes fortalecem o vínculo com seu filho, demonstrando maior responsabilidade e amadurecimento. Dentro desse contexto, Salomão e Silva (2003) destacam como significativo o suporte socioemocional oferecido pelos avós. E Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) asseveram que a maternidade na adolescência dificultaria ou impediria a conquistada autonomia em relação aos pais, estando a jovem mãe em “situação de risco para consolidar o processo natural de separação- individuação, pela dependência em relação aos pais gerada pela maternidade” (p. 254).

Diante do fato da maternidade poder interferir no processo de autonomia, independência e individuação do adolescente, gerando sofrimento emocional, ao lado do crescente número de gestações adolescentes no Brasil, sobretudo nos grupos sociais desfavorecidos, justifica-se desenvolver estudos sobre os sentidos da maternidade na adolescência em um contexto de precariedade social.

OBJETIVO

Este estudo visa investigar os sentidos afetivo-emocionais que jovens adolescentes atribuem à experiência de ser mãe em situação de precariedade social.

MÉTODO

Como pesquisa qualitativa o presente estudo caracteriza-se por ser compreensivo, interpretativo, contextualizado e baseado na experiência (Stake, 2011), ao investigar os sentidos atribuídos por jovens adolescentes que se tornam mães em situações precárias de vida a partir de seu próprio relato. A escolha pelo documentário “Meninas” foi orientada pelo tema da maternidade adolescente no Brasil, e pelo gênero

documental que muito se aproxima do depoimento pessoal e, portanto, do drama vivido por quatro jovens adolescentes ao longo da gestação, parto e pós-parto. Além disso, o contexto social e a configuração familiar permeiam toda a narrativa cinematográfica, em uma “perspectiva semântica e hermenêutica que integra, a partir de um processo e de uma perspectiva dialógica, os sujeitos com seus contextos e suas ideologias” (Favoreto & Camargo, 2011, p. 474).

Durante a assistência a um filme, as imagens não são assimiladas pelo espectador simplesmente como estímulos luminosos, pois ao incorporar o ponto de vista da câmera, o espectador investe de subjetividade as imagens projetadas e interioriza percepções. O cinema funciona, portanto, como um aparelho psíquico substitutivo, que simula artificialmente uma vivência psicológica, que favorece a sugestão e o desfrute de uma vida emprestada pelo personagem. Além disso, os recursos de variação de ângulos e multiplicidade de perspectivas permitem que o espectador se identifique com diferentes personagens ao mesmo tempo (Machado, 2008). Segundo Machado (2008) as imagens, os enfoques, a iluminação e trilha sonora, são potentes indutores e comunicadores de estados de ânimo, e como chegam prontos ao espectador, o cinema executa pelo espectador parte de seu trabalho psíquico e pode ser considerado uma “máquina de moldar o imaginário”, ao “induzir no espectador percepções socialmente disciplinadas” (Machado, 2008, p. 55).

Após assistência cuidadosa e repetida do documentário, foi realizado um registro da narrativa fílmica em três níveis: narrativa oral, narrativa visual e as impressões da pesquisadora durante a assistência. Posteriormente, os registros foram discutidos à luz da teorização winnicottiana sobre o desenvolvimento da preocupação materna primária frente às demandas emocionais da adolescência, sendo articulados com a literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cena inicial do documentário mostra, ao som de música melancólica, uma fila de meninas adolescentes na porta de um posto de saúde; elas estão cabisbaixas e algumas se mostram ansiosas, roendo as unhas. Na cena seguinte, já dentro do posto de saúde, as meninas recebem instruções da atendente de enfermagem em relação a como proceder a coleta de urina para a realização do teste de gravidez. Na sala de espera, as expressões faciais, olhares e gestos das meninas sugerem um estado de ânimo de ansiedade e apreensão. As cenas descritas nos remetem aos dados

mencionados na introdução sobre a incidência de gravidez na adolescência e sua caracterização como problema de saúde pública.

Pode-se também dizer que o fundo musical melancólico da cena e o aparente estado de ânimo das adolescentes nos remetem à associação entre maternidade adolescente e ameaça e medo de desamparo, abandono, penúria e falta de perspectivas, conforme ressaltam Levandowski, Piccinini e Lopes (2008). O espectador é levado para dentro do mundo da adolescente grávida pela câmera que segue a expectativa aflita de meninas pelo resultado do teste. Essas imagens iniciais dão lugar ao relato intercalado das quatro protagonistas, sendo iniciado com a história de Luana.

Luana, 15 anos

Em sua primeira cena, encontramos Luana aos quatro meses de gestação em uma consulta pré-natal, na qual é entrevistada por uma obstetra que lhe pergunta se sua gravidez foi planejada e se seus pais estão vivos. Luana responde que sua gravidez foi planejada e que somente sua mãe é viva; seu pai era traficante e foi morto 13 anos atrás. A mãe de Luana é viúva e a chefe da família, sustentando cinco filhas sozinha (Luana é a filha mais velha). Ela se mostra infeliz com a gravidez da filha, embora veja o acontecido como possível oportunidade de realizar seu sonho de ter um menino na família. Quando se confirma que o bebê é uma menina, a mãe de Luana se mostra decepcionada, porém na primeira vez em que acompanha a filha ao exame de ultrassom se emociona e chora, dando-se o mesmo por ocasião do nascimento da neta.

A mãe de Luana é viúva e sustenta cinco filhas, mas se mostra feliz durante o chá de bebê, o único mostrado no documentário, o que nos leva a inferir o processo de elaboração e aceitação da gravidez da filha. O namorado de Luana está sempre presente e mora com ela na casa de sua mãe. A mãe de Luana quer que os dois se casem, mas a menina afirma querer que as coisas fiquem como estão, argumentando que não quer usar aliança.

Luana está feliz por estar grávida e conta que queria ser mãe, desejo que diz ter sido despertado por cuidar de sua irmã mais nova. Relata que por cuidar da irmã desde que esta chegou da maternidade, passou a querer um "bebê que fosse dela" (sic). Quando dizia ao namorado que queria engravidar, ele dizia que não era a hora, mas ela disse que "aconteceu" (sic). A adolescente atribuiu o ocorrido ao fato de as vezes não usar preservativo, por não tê-los a mão, e acrescenta que "sabia que poderia engravidar

algum dia” (sic), mas não acreditava que seria agora. Como aponta Souza et al. (2012) “mascarado pelo não uso dos métodos (contraceptivos), o desejo inconsciente de engravidar acaba se tornando o maior determinante do futuro das adolescentes” (p.594). Szejer e Stewart (1997 como citados em Tachibana, Santos & Duarte, 2006, p. 152) analisam o esquecimento do uso de contraceptivos “como sendo atos falhos, representantes do discurso inconsciente”. Para Chatel (1995 como citado em Tachibana, Santos & Duarte, 2006, p. 151) a fecundação seria o resultado de uma somatização, não ocorrendo ao acaso, enquanto Dolto (1984 como citado em Tachibana, Santos & Duarte, 2006, p. 151) observa que “a mulher pode receber um filho sem tê-lo querido conscientemente, pois o apelo de seu corpo, isto é, seu querer inconsciente de fecundidade, estava inscrito em si mesma sem que se desse conta” .

Temos aqui um importante ponto a ser considerado para o melhor entendimento da gravidez adolescente em situação de precariedade social. O desejo de gerar um filho, que remete à resolução do complexo de Édipo no desenvolvimento psíquico da mulher, aliado ao pertencimento a um contexto social no qual a gravidez assume a importante significação de “via de acesso à feminilidade”, constitui-se em expoente maior de afirmação social (Dadoorian, 2003, p. 87). Vista por essa perspectiva, a gravidez em tal contexto social toma a forma de um rito de passagem, com a ascensão da adolescente ao status de mulher (Dadoorian, 2003). Considerando o relato de Luana sobre o desejo despertado quando cuidava da irmã mais nova, questionamo-nos sobre quanto a responsabilização pelo cuidado dos irmãos mais novos, para que a mãe possa voltar ao trabalho, pode aguçar e exacerbar o desejo de fecundidade na adolescente.

Em relação à gravidez indesejada, Luana manifesta preocupação em relação à irmã mais velha, dizendo para a mãe ficar “bem de olho nela” (sic), Uma vez que a irmã sorri e dá atenção a todos os meninos que se aproximam dela. Também teme que a irmã seja violentada, pois diz que em seu bairro “eles não respeitam mais” (sic), referindo-se aos traficantes da região, que se “mexem” (sic) com uma menina e esta sorri, já encaram como um convite ao sexo.

A mãe de Luana sente-se cansada e sobrecarregada, e reclama de não poder contar com a ajuda da menina. Ela diz que agora que a filha “está de barriga” (sic) acha que pode “peitar” (sic) a mãe e que, por esse motivo, ela chegou a bater em Luana para restabelecer sua autoridade. Esse episódio ilustra o potencial que a

maternidade tem de alçar a mulher em direção a uma maior autonomia (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009) e consolidar a independência em relação aos pais.

Após dar à luz, Luana afirma que o bebê está dando mais trabalho do que imaginava e que não pode fazer o que gosta (curso, esporte), pois tem que cuidar de sua filha; continua frequentando a escola à noite, mas às vezes precisa faltar por causa do bebê. Ela confessa que hoje se arrepende de ter engravidado, pois sua mãe é quem teve que arcar com todas as despesas e está “cheia de dívidas” (sic) por sua causa – uma contraposição à ilusão de onipotência e invulnerabilidade do adolescente que imagina que nada de mal lhe acontecerá (Pontes, Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010). Conclui que agora seu sonho é trabalhar, criar sua filha e “tirar o peso das costas de sua mãe” (sic).

Evelin, 13 anos

Os pais de Evelin são separados e o relato da família começa com a mãe atribuindo a causa da gravidez ao fato da filha ter começado a frequentar bailes funk, “onde só tem o que não presta” (sic), com anuência do pai e da madrasta. O pai toma para si a culpa, dizendo que se ele tivesse dado mais atenção à filha, a situação teria sido diferente. Ele destaca o fato da filha ainda lhe parecer uma criança, , pois adormece chupando o dedo em frente a TV e com frequência a vê brincando com suas bonecas no quarto, expressando sua estranheza ao ver a filha tão jovem e já grávida.

O pai do filho de Evelin está envolvido com o tráfico de drogas, o que gera reservas por parte de seus pais em relação ao relacionamento do casal. A mãe de Evelin afirma que o rapaz deseja mandar em sua filha, mas que não teria esse direito por “morar de favor” (sic) em sua casa e depender financeiramente dela. Ao ouvir a mãe, Evelin reage e defende o namorado ainda que em outro momento de seu relato refira o desejo de terminar o namoro. Evelin se justifica pelo desejo de controle do namorado sobre sua vida e pela violência que sua resistência a se submeter pode desencadear. Ilustra quando, já grávida, recebe um empurrão e um soco do namorado por ter ido sozinha a um baile funk. Enquanto sua mãe argumentava que “mulher de bandido apanha” (sic), Evelin não acreditava que isso pudesse acontecer com ela, mas agora se arrepende, embora ainda goste dele. Mesmo frente à violência do namorado e a autoridade dos pais a menina parece não se intimidar e pautar suas ações pelo que lhe parece conveniente ou desejável.

Levando em consideração uma cena em que a menina grávida está tomando cerveja em um baile funk com o namorado, e a outra cena em que Evelin, já mãe, impacienta-se com o bebê, fica-se com a impressão de que, devido a sua imaturidade, as tarefas desenvolvimentais da adolescência se sobrepuseram às demandas da gestação e maternidade. Alinhadas com Dadoorian (2003), que sugere o comprometimento da maternidade, quando esta se sobrepõe ao desenvolvimento da sexualidade adolescente, supomos que o estabelecimento da preocupação materna primária (Winnicott, 1975) possa ficar prejudicado, comprometendo o cuidado infantil, a menos que a adolescente conte com apoio familiar e social, como apontado pela literatura (Aching, 2013; Granato & Aiello-Vaisberg, 2009; Salomão & Silva, 2003).

Nas cenas finais do documentário ficamos sabendo que o marido de Evelin foi morto em um confronto com a polícia três meses após o término das filmagens, quando sua filha estava com quatro meses de idade, remetendo-nos ao ocorrido com o pai de Luana, a primeira protagonista.

Edilene, 14 anos

Edilene é apresentada como uma das partes envolvidas em um “triângulo amoroso”, do qual participam Alex e Joice (a terceira protagonista do documentário). Joice e Alex são ex-namorados e embora este tenha engravidado as duas meninas concomitantemente, desde o início optou por ficar com Edilene. Esta, enciumada, proibiu o namorado de ver Joice ao longo de toda a gestação, tendo sua exigência atendida. Edilene quase nunca sorri e fala pouco e baixo, demonstrando timidez.

Durante a gravidez, Edilene e Alex moraram na casa da mãe do rapaz, que se mostrava muito feliz com chegada do neto. Identificando-se com Edilene, pois também teve Alex quando tinha 16 anos, planeja dar ao neto tudo que não pôde dar ao filho. .A uma certa altura Edilene impõe como condição para continuar morando na casa da mãe de Alex que este desampare o filho que terá com Joice. O rapaz se recusa a acatar seu pedido, postura que nos parece sustentada pela interferência de sua mãe, que retém a renda do filho e a divide igualmente entre Edilene e Joice. A situação de Alex ilustra a relação de dependência que o adolescente ainda tem com seus pais, necessitando de orientação enquanto ruma para uma vida adulta de independência e autonomia. Ambivalente, Alex ainda hesita entre o valor de prover a

todos os filhos igualmente, postura muito defendida por sua mãe, e a manutenção do vinculo com Edilene, a quem elegeu como namorada.

Coincidentemente, a mãe de Edilene também está grávida do pai de Edilene, de quem é separada. Ela conta que a gravidez foi um acidente e como tentou “abortar tomando um chá” (sic), sem sucesso, resolveu levar a gestação a termo. Ela conta que seu ex-marido acha que ela fez de propósito, o que ela desmente.

Como Alex não desampara Joice e seu filho, Edilene volta para a casa de sua mãe. Porém, para a mãe de Alex, que diz ter chorado muito com a partida da menina e seu neto, este não parece ser o verdadeiro motivo do retorno de Edilene à casa materna. Na ausência do pai, aliada à necessidade de trabalho da mãe, Edilene é convocada a ocupar o papel de dona de casa e cuidadora da irmã de aproximadamente três anos para que, futuramente venha a cuidar do bebê de sua mãe. Embora esteja apaixonada por Alex e pareça estar muito bem amparada e feliz na casa da sogra, ela se submete aos desejos e necessidades de sua mãe. Similarmente às outras meninas, Edilene também diz ter vontade de estudar, o que não será possível quando estiver cuidando de dois bebês, o seu e o de sua mãe.

A seguir, é apresentada uma cena em que Edilene cozinha para a família enquanto sua irmã menor assiste televisão e empurra o carrinho do bebê, embalando-o. A cena seguinte mostra a irmã de Edilene que a observa enquanto troca a fralda do bebê que veste uma camisetinha com os dizeres “Eu sou da titia”, para depois repetir o gesto de trocar a fralda com sua boneca. Aqui é inaugurada a possibilidade da irmã mais nova ser chamada a cuidar dos dois bebês (irmão e sobrinho), enquanto Edilene e sua mãe trabalham fora para prover a família, estabelecendo a transgeracionalidade da prática de se delegar o cuidado do(s) bebê(s) aos irmãos mais novos. Transgeracionalidade é um termo que se refere a processos e experiências envolvendo valores, cultura e moral que são transmitidos pelas gerações anteriores às vindouras e que terminam por influenciar as escolhas profissionais, sexuais e afetivas, além de outras decisões do indivíduo, sem que este se dê conta. Nesse sentido pode-se dizer que todo indivíduo faz parte de uma história preexistente, sendo simultaneamente prisioneiro e herdeiro da mesma (Falcke & Wagner, 2005).

Sendo assim, também somos levadas a pensar, tal como conjectura a mãe de Alex, que a escolha de Edilene de voltar para a casa da mãe após o nascimento de seu filho atende mais a sua história familiar do que ao suposto ciúme de Alex. Gomes e Zanetti (2009) partem da teorização freudiana sobre a psicologia dos grupos que postula a

intersubjetividade como fator constituinte da psicologia individual, para destacar que "a Psicanálise pós-freudiana preocupou-se em aprofundar o corpo teórico relacionado à temática dos grupos, considerando a importância de estudar seu processo e suas peculiaridades para a formação subjetiva de um indivíduo" (p.94), tomando a família como o "grupo formador da matriz intersubjetiva do nascimento da vida psíquica" (Gomes & Zanetti, 2009). Isto posto, no que diz respeito ao fenômeno da gravidez adolescente em situação de precariedade social, faz-se necessário compreender o papel dos fatores transgeracionais, bem como a identificação das dinâmicas e valores do contexto sociocultural em que a maternidade adolescente se insere para uma assistência médica, psicológica e social mais afinadas às necessidades dessas adolescentes e suas famílias.

Joice, 15 anos

A jovem inicia seu relato contando que seu sonho era se alistar para a Marinha, mas que agora isso não era mais possível, uma vez que a instituição não aceita o alistamento de pessoas casadas nem com filhos. Alex, ex-namorado e pai de seu filho se ausenta durante toda a gestação de Joice, por exigência da namorada Edilene, contribuindo apenas financeiramente, ainda que insuficiente para os cuidados de Joice e seu bebê. Foi somente quando a namorada deixa a sua casa, retornando à casa materna, que Alex faz sua primeira visita à Joice, a qual já havia dado a luz. Podemos inferir que a mãe de Alex acompanhou a gravidez de ambos os netos provendo tanto o apoio financeiro como o emocional às meninas, cuidando para que nenhum dos netos fosse abandonado (exigência de Edilene para continuar morando com Alex), retendo a renda do filho e repartindo igualmente para os dois netos.

Já o pai de Joice se mostra defensivo em relação a Alex, citando a consulta a um juiz que teria lhe dito que a gravidez da filha poderia ser qualificada como "sedução de menor" (sic) e se diz pessimista em relação ao futuro da família. Ao saber que Alex tinha ainda 21 anos conclui que o rapaz ainda vai sofrer muito e, como ele próprio, será privado de muitas coisas em nome dos filhos e da família.

Joice admite que o que está vivenciando é "bem, bem diferente" (sic) do que havia imaginado e expressa tristeza pelo rompimento com Alex, mas percebe que agora não adianta pensar em si, pois precisa pensar em sua filha, agora que são "só as duas" (sic), encarnando o "imaginário terrorífico" de desamparo mencionado por Pontes et

al. (2010). As cenas filmadas na casa de Joice são bem mais escuras, quando comparadas com as demais ao longo do documentário, em perfeita sintonia com o humor depressivo com que relatava sua experiência. Esse quadro de desesperança alerta para o risco de Joice desenvolver um quadro de depressão pós-parto, sinalizando a necessidade de suporte familiar, social e, possivelmente, profissional. Subscrevemos a colocação winnicottiana sobre necessidade de que a mãe seja suficientemente saudável para que seja capaz de se identificar com o bebê, sem adoecer, abrir mão de seus interesses e atividades, ainda que temporariamente, e possa retomar sua vida à medida que o bebê cresce (Winnicott, 2000).

Porém, como a literatura especializada aponta, e o documentário retrata, o antagonismo entre as tarefas desenvolvimentais da adolescência e as demandas da maternidade podem ser fonte de sofrimento para a jovem mãe e sua família, além de comprometer o cuidado infantil. Enfatizamos a necessidade de suporte social e psicológico à adolescente grávida, bem como a sua família a qual sofre das mesmas privações nesse contexto de precariedade social, para que possa exercer a maternidade em condições dignas sem sofrer a ameaça de desamparo, penúria e falta de oportunidades econômicas e sociais. E, finalmente, destacamos a adequação do uso da narrativa documental como fonte de dados para uma pesquisa qualitativa, por se constituir como relato de experiência pessoal, cujo procedimento guarda semelhanças com uma entrevista com participantes que testemunham, qualificando este estudo como empírico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aching, M. C. (2013). .*A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social*. Dissertação de Mestrado – programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Granato, T. M. M. (2010) *Ser e fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. Aparecida, SP: Ideias e Letras.

Bergamaschi, S. F. F. & Praça, N. S. (2008) Vivência da puérpera adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Rev. Esc. Enferm. USP* (v.42, n.3, pp.454-60).

Bruner, J. (2004) *Life as a narrative. Social Research* (v.71, n.3, pp.691-710).

Dadoorian,D. (2003) Gravidez na adolescência: um novo olhar. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO* (v.21, n.3, pp.84-91).

Favoreto,C.S.O & Camargo, K. R. (2011) A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO* (v.15, n.37, pp.473 -483).

Falcke, D & Wagner, A. (2005) A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A. *Como se perpetua a família? : a transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Folle, E. & Geib, L. T. C. (2004) Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. *Latino-am. Enfermagem* (v.12, n.2, pp.183-190).

Gomes, I. C. & Zanetti, S.A. (2009) Transmissão psíquica transgeracional e construção da subjetividade: Relato de uma Psicoterapia Psicanalítica Vincular. *Psicologia USP* (v.20, n.1, pp.93-108).

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009) Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. *Paideia (*v.19, n.44, pp.395-401).

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011) Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico (PUCRS)* (v.42, n.4, pp.494-502).

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) Narrativas interativas sobre ocuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica (PUCRJ)* (v. 25, n.1,pp. 17-35).

Granato, T. M. M., Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011) Narrativa interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo* (v.16,n.1, pp.149-155).

Granato, T. M. M.,Tachibana, M. & Aiello-vaisberg, T. M. J. (2011) Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade* (v.23 (n. spe), pp.81-89).

Levandowski, D. C., Piccinini, C. A. & Lopes, R. C. S. (2008) Maternidade adolescente. *Estudos de Psicologia* (v. 25, n.2,pp.251-263).

Machado, A. (2008) Filme, sonho e outras quimeras. In: Machado, A. *Pré-cinemas e Pós-cinemas*. Campinas: Papirus.

MENINAS. Sandra Werneck. Produção de: Sandra Werneck. Rio de Janeiro: Cineluz Produções Cinematográficas, 2005. 1 DVD (71 mins./cor), Manaus, Distribuído por VIDEOLAR S.A., sob licença de VIDEOFILMES PRODUÇÕES ARTÍSTICAS LTDA.

Pedrosa, A. F. A. (2009) *Gravidez e Transição para a Maternidade na Adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação.*

Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Pontes, M. L. S., Barcelos, T. F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2010) A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática* (v.12, n.1, pp. 85-96).

Salomão, N. M. R. & Silva, D. V. (2003) A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia* (v.8, n.1, pp.135-145).

Souza, A. X. A., Nóbrega, S. M. & Coutinho, M. P. L. (2012) Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. *Psicologia & sociedade* (v.24, n.3, pp.588-596).

Stake, R. E. (2011) *Pesquisa qualitativa estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.

Tachibana, M., Santos, L. P. & Duarte, C. A. M. (2006) O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê* (Ano X, n.19, pp.149-167).

Winnicott, D. W. (1975) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W., (2000) Preocupação Materna Primária. In: Winnicott, D. W. *Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA MATERNA VEICULADA POR REVISTAS FEMININAS DIRIGIDAS A GESTANTES

CARLOS DEL NEGRO VISINTIN[26]

CLEBER JOSÉ ALÓ DE MORAES[27]

TANIA MARA MARQUES GRANATO[28]

Resumo

A pesquisa e a clínica da maternidade apontam para concepções sobre o cuidado materno que, ancoradas na cultura, orientam tanto a conduta materna quanto expectativas sociais em relação à maternidade. Neste sentido, as produções do imaginário social podem servir à estigmatizaçãode mães que desafiam o modelo vigente, seja por preferência, condição ou falta de suporte social, desencadeando o sofrimento que é fruto do preconceito. É neste horizonte que este estudo se insere ao explorar o imaginário sobre a maternidade, tal como é veiculado por revistas femininas cujo público-alvo é a gestante ou a mãe. Realizamos um levantamento de revistas femininas que estivessem disponíveis em bancas de revistas e jornais, nas cidades de Campinas e São Paulo, selecionando sete exemplares para consideração psicanalítica, à luz das ideias winnicottianas sobre a mãe suficientemente boa. Os resultados sugerem que a mãe ideal seria aquela que está sempre presente, é cuidadosa, ama incondicionalmente os filhos, está na moda, é magra, usa produtos de beleza e é bem-sucedida profissionalmente. Embora tais imagens se contraponham à proposta winnicottiana, estão alinhadas aos ideais contemporâneos de juventude, beleza e magrezaque negam a passagem do tempo e as transformações física e psíquica engendradas pela experiência da maternidade.

Palavras-chave: maternidade, magazine, psicanálise.

INTRODUÇÃO

Pesquisas desenvolvidas na área da maternidade (Granato & Aiello-Vaisberg, 2011, Granato& Aiello-Vaisberg, 2013, Granato, Tachibana& Aiello-Vaisberg, 2011, Piccinini,

[26] Graduando e Aluno de Iniciação Científica pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas. E-mail: carlos.dnv@puccampinas.edu.br

[27] Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia naPUC-Campinas. E-mail: cleber.jam@puccampinas.edu.br

[28] Doutora em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Docente e Orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas. E-mail: taniagranato@puc-campinas.edu.br

Carvalho, Ourique& Lopes, 2012, Ferrari & Piccinini, 2010) apontam para um imaginário coletivo que se constrói sobre uma figura materna idealizada. Essa idealização organiza condutas e expectativas pessoais e sociais sobre a maternidade, a despeito das necessidades da mãe e de seu contexto de vida, no sentido de produzir atitudes e afetos que venham a estigmatizar a mulher que não corresponde a este modelo, seja por decisão pessoal, falta de apoio familiar e/ou social.

Em um dos estudos que abordam o imagináriosobre a maternidade (Granato *et. al.*, 2011)foi observado que enfermeiras obstétricas esperavam que mães que acabaram de dar à luz aceitassem incondicionalmente seus filhos, independentemente de suas condições de vida, sendo recriminadas quando eram incapazes de oferecer o cuidado idealizado pelo grupo de participantes. Tanto os sonhos quanto as frustraçõespessoais dessas profissionais produziam altas expectativas em relação à maternidade e a consequente indisposição para o acolhimento de pacientes por elas denominadas “mães rejeitadoras”.

Em 1956, Winnicott (2000/1956) afirma que a função maternal deve ser suficientemente boa, concepção que vem oferecer respaldo teórico e prático a psicólogos e demais profissionais da saúde, além das próprias mães, uma vez que propõe um modelo materno mais realista e, portanto, possível. A mãe suficientemente boa é aquela que se preocupa de uma maneira especial com seu bebê apresentando-lhe a realidade em doses adequadas ao seu momento
maturacional(Winnicott, 1982/1964). Porém, esse mesmo cuidado materno adequado inclui doses de frustração que, se afinadas às habilidades do bebê, contribuirão para o seu desenvolvimento emocional saudável.

Muito se tem produzido, sobretudo em psicanálise,sobre o cuidado materno que, como o próprio Winnicott (1996/1949) refere, lança as bases da saúde mental da criança, porém nem sempre conseguimos nos situar entre os extremos da mãe superprotetora e o da mãe negligente, contemplando a mãe suficientemente boa.

Um dos veículos pelos quais a maternidade temsido narrada, mas também idealizada, são as revistas (magazines) dirigidas ao público feminino. Emum estudo exploratório sobre a maternidade em revistasfemininas disponíveis ao público brasileiro na década de 1920, Freire [9] observa que um espaço considerável era reservado para a discussão da maternidade. A autora faz uso das revistas “Vida Doméstica” e “Revista Feminina”, onde se depara com um discurso contraditório, que ora incita a mulher a cuidar da casa e dos filhos, ora a estimula a buscar trabalho fora de casa. Entretanto, a autora

nota que os empregos femininos se constituíam mais como extensão da maternidade, como era o caso da professora e da enfermeira, de quem se esperava que desempenhasse um papel materno com seus alunos ou pacientes.

As duas revistas investigadas por Freire (2009) atestam a passagem da maternidade como território feminino e leigo para uma “maternidade científica”, isto é, ditada por médicos e nutricionistas que visavam cuidar do futuro da República. Os profissionais da saúde recomendavam que a mãe cuidasse pessoalmente dos filhos, os quais poderiam ser enviados a estabelecimentos (as creches) que seguissem fielmente os preceitos da puericultura caso se tratasse de mães trabalhadoras e de “boa conduta”.

Entre a década de 60 e 80, a “Revista Claudia”também contribuiu para a construção de um imaginário feminino, tecido em reportagens e anúncios publicitários. Segundo Costa (2009) a imagem da mulher veiculada por essa revista diz respeito àquela que cuida das crianças, do marido e das tarefas domésticas. Na década de 70, a revista acrescenta a faceta sexual da mulher, porém com o propósito de oferecer prazer ao homem, desconsiderando odesejo feminino. No que tange ao estímulo à maternidade, a publicidade voltada para a criança, expunha meninas cuidando de bonecas, como um apelo para que introjetassem, desde pequenas, a função materna como tarefa exclusivamente feminina.

O presente trabalho surge do descompassoentre o cuidado materno suficientemente bom, portanto necessário e adequado para o desenvolvimento emocional do bebê, e expectativas sociais e/ou profissionais que apontam para o cuidado idealizado que está na base de ideias e condutas moralistas e preconceituosas. A fim de explorar como o imaginário social sobre amaternidade tem sido veiculado pela mídia escrita, investigamos revistas femininas dirigidas a gestantes, como parte de uma pesquisa maior sobre como a maternidade tem sido narradaem nossa cultura.

OBJETIVOS

Realizar um estudo exploratório de revistas femininas direcionadas à gestante em busca de construções imaginativas sobre a experiência de ser mãe que estejam sendo comunicadas por esse tipo de mídia.

MÉTODO

Procedimentos

Realizamos um levantamento de revistas femininas cujo público-alvo é a gestante, utilizando como critérios a predominância de conteúdo temático referente à gravidez ou à maternidade, bem como sua disponibilidade em bancas de revistas e jornais, nas cidades de Campinas e São Paulo. Depois de levantamento realizado durante os meses de Setembro, Outubro e Novembro de 2013, foram selecionados sete exemplares de magazines femininas para análise, em função de seu alcance, isto é, sua presença em várias das bancas consultadas:

• Revista Claudia (exemplar de Agosto de 2013, publicado mensalmente pela editora Abril).

• Revista Claudia (exemplar de Outubro de 2013, publicado mensalmente pela editora Abril).

• Revista Crescer (exemplar de n° 238 de Setembro de 2013, publicado mensalmente pela editora Globo).

• Revista Crescer (exemplar de n° 240 de Novembro de 2013, publicado mensalmente pela editora Globo).

• Revista Pais e Filhos (exemplar de n° 522 de Setembro de 2013, publicado mensalmente pela editora Manchete).

• Revista Pais e Filhos (exemplar de n° 524 de Novembro de 2013, publicado mensalmente pela editora Manchete).

• Revista Super Interessante – Coleções: “Filhos: Manual do Proprietário. Da gestação ao vestibular” (exemplar de n° 323-A de Setembro de 2013, publicado pela editora Abril).

De posse dos sete exemplares selecionados,procedemos à leitura criteriosa e repetida, buscando compreender as concepções ali veiculadas sobre a maternidade, por meio dos temas abordados pelas reportagens, seu conteúdo, linguagem, imagens, e o tipo de publicidade que costuma acompanhar as matérias jornalísticas.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas neste trabalho revistas brasileiras dirigidas ao público feminino, cujo tema principal fosse a maternidade, devido ao objeto deste estudo. Buscou-se selecionar mais de um exemplar de cada revista, quando a publicação era mensal, a fim de evitar conclusões equivocadas que pudessem estar associadas apenas a números comemorativos, como o Dia das Mães.

Foram excluídas as revistas cuja divulgação se dá exclusivamente pormeio eletrônico (online), cujo acesso se restringe aos usuários de internet, mídia que está fora do escopo desta pesquisa.

Análise do Material

A análise das narrativas selecionadas nas revistas foi realizada de acordo com o método psicanalítico de compreensão dos sentidos afetivo-emocionais que estruturam produções imaginativas sobre a maternidade, a partir de atividade associativa e interpretativa do pesquisador, em interlocução com os demais participantes do grupo de pesquisa, à luz da perspectiva winnicottiana no que se refere ao cuidado materno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura interpretativa das revistas, foi organizado um quadro explicativo para cada exemplar, a fim de apresentar os resultados segundo seus aspectos visuais, o tipo de publicidade, seções e matérias, além das impressões contratransferenciais do pesquisador, os quais foram aqui omitidos em função do exíguo espaço destinado.

A análise interpretativa das revistas tomadascomo um coletivo que informa sobre expectativas sociais em relação à maternidade aponta para uma figura materna idealizada, sobre a qual recai a responsabilidade pelo cuidado e a saúde da prole, em consonância com os estudos de Ferrari e Piccinini (2010), Granato e Aiello-Vaisberg (2013), Granato *et. al.* (2011), dentre outros.

Apesar do avanço no discurso social que sinaliza uma maior participação do homem nos cuidados iniciais, percebemos que ainda persiste no imaginário social a concepção de que o bebê deve ser cuidado quase que exclusivamente pela mãe, ficando reservado ao pai o papel de mero coadjuvante parental.

A apreciação psicanalítica das revistas selecionadassugere um modelo de mãe, segundo o qual a boa mãe é aquela que está sempre presente, é cuidadosa, é magra, bem sucedida profissionalmente, ama incondicionalmente seus filhos, veste-se de acordo com a moda e usa produtos de beleza.

Uma expectativa dessa grandeza trabalha, em termosde imaginário coletivo, na contramão da proposta winnicottiana de mãe suficientemente boa (Winnicott, 1996/1949), ou seja, aquela que oferece os cuidados básicos ao filho e que pouco a pouco retoma suas atividades anteriores à medida que o bebê se torna independente. Winnicott (2000/1956)cuidou de diferenciar a boa mãe tanto da mãe instável quanto da supermãe, quando teorizou sobre o cuidado que seria suficiente como base para o desenvolvimento emocional do individuo.

Nessa mesma linha, as revistas tendem abanalizar o cuidado infantil como tarefa que se agrega sem maiores dificuldades à vida da mulher, a fim de obturar a suposta

incompletude da mulher sem filhos. Essa imagem da mulher superpoderosa, que se torna objeto de consumo das leitoras, parece captar algo do desejo da mulher por completude, autonomia, controle e independência, facilitando que a mulher deslize do desejo para a ilusão de que aquela realidade utópica é possível e promete evitar/ acabar com o sofrimento. Nesse contexto, podemos supor que o sentimento de inadequação tão frequentemente referido pelas mães (Granato & Aiello-Vaisberg, 2009) seja a consequência imediata para aquelas que se percebem “incapazes” de atingir tal ideal.

Embora raras, as imagens e reportagenssobre o pai parecem se organizar em torno de três concepções: a) o pai amigo, que se diverte na companhia dos filhos, cuja atuação se restringe aos momentos de lazer; b) o pai incompetente, que não consegue atender às expectativas que lhe são atribuídas tornando-se, portanto inadequado; c) o pai que age como extensão do cuidado materno. Se na primeira imagem, a vinculação afetiva entre pai e filho é preservada, na segunda, a figura paterna é desvalorizada. A título de ilustração, em uma das reportagens uma psicóloga lista diferentes tipos de pai, todos com conotação negativa, dentre eles “o pai-ogro”, “o pai-alcoólatra” e “o pai-ausente”, concluindo que nenhum pai é suficientemente bom para o cuidado infantil. A terceira possibilidade paterna é apresentada em um relato de experiência de um pai que decide oferecer o próprio peito ao filho que chorava,imitando o comportamento materno que aindafigura como referencia única para o cuidado infantil.

Em termos da publicidade associada à imagemda boa maternidade encontramos propagandas de produtos de beleza, roupas para gestantes e mães, alimentos infantis, moda infantil, produtos de higiene infantil e materna, além de certos objetos, como brinquedos e carrinhos de bebês. Dentre as revistas pesquisadas a *Cláudia*, a *Pais & Filhos*, e a *Crescer* são as que mais investiram nesse tipo de publicidade associada à imagem da mãe idealizada, o que supomos atender a algum tipo de demanda da leitora que as consome, para além da questão mercadológica. Neste caso, a leitora gestante ou mãe poderia estar “comprando” a imagem da mulher que atravessa a experiência da maternidade sem que esta deixe marcas, sobretudo em seu corpo, mantendo-se magra, elegante, jovem; enfim, intocada.

A revista *Superinteressante* privilegiou informaçõescientíficas a respeito do desenvolvimento infantil, desde a gestação até a adolescência, por meio de textos e imagens ilustrativas do processo, sendo a única a dispensar a publicidade, talvez por se tratar de fascículo especial. As demais revistas forneciam esse tipo de conhecimento especializado por meio de seções de dúvidas dos leitores, às quais se seguiam os

esclarecimentos de psicólogos, médicos e nutricionistas. Na esteira dos dados obtidos por Freire (2009), a maternidade científica parece seguir seu caminho, porém de forma atenuada pelos ideais contemporâneos de juventude, beleza e magreza que negam a passagem do tempo e a transformação física e psíquica da experiência de maternidade.

O impacto contratransferencial da apreciaçãodas imagens e conteúdos veiculados pelas revistas consultadas despertou no pesquisador sentimentos de futilidade e vazio, possivelmente motivados pela excessiva exposição de uma imagem de maternidade bela e perfeita. Nesta, a imagem do eu deixa seu lugar simbólico para tornar-se o próprio eu que, desalojado, permanece vagando em um mundo de formas vazias em busca de uma identidade, ainda que falsa Winnicott, (1983/1960). O compromisso com a verdade migra para o pacto com a beleza e juventude, ainda que estas figurem apenas na superfície do eu.

Como último ponto a ser destacado, a sincronicidadecom que se apresentam nas reportagensa idealização da maternidade e a desvalorizaçãoda paternidade levanta algumas questões: a idealização da maternidade se estrutura ainda como reação à desvalorização feminina no cenário social? Ou, temerosas de perder um lugar tão arduamente conquistado estariam as mulheres, enquanto mães, opondo-se à presença efetiva de um pai cuidador, denegrindo-o, em desacordo com as últimas conquistas femininas? Ou estaríamos ainda em um período de transição de papéis sociais em que pais e mães buscam um novo lugar? Nesse sentido, a maior participação do pai nos cuidados iniciais e durante a infância de seus filhos é ainda vista de modo ambivalente, configurando-se ora como solução, ora como ameaça à mulher que ainda busca o reconhecimento social.

À guisa de conclusão, ressaltamos a pertinênciado uso de produções culturais, tais como revistas, novelas, blogs e filmes, dentre outros, na investigação da maternidade como construção social (Badinter, 2010) que se tece em um dado momento histórico, político, econômico e social. Para além dos limites deste estudo, encontramos hoje um vasto conteúdo disponibilizado na internet, sob a forma de revistas digitais, muitas delas publicadas exclusivamente *online*, que poderiam contribuir com a pesquisa sobre a maternidade e suas múltiplas imagens. Esperamos que o presente trabalho contribua para a compreensão da experiência parental e com a pratica de profissionais que atuam na área da saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

Badinter, E. *Le conflit: lafemme et lamère*. Paris: Flammarion, 2010.

Costa, M. P. (2009) *A imagem feminina na revista Claudia: as representações do cotidiano familiar*(1961-1985). Domínios da imagem, Londrina, ano II, n. 4, p. 69-80, maio.

Ferrari, A. G. & Piccinini, C. A. (2010) *Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso.*Ágora(Rio J.), Rio de Janeiro, v. 13, n.2, dez.

Freire, M. M. de L. *Mulheres, mães e médicos. Discurso maternalista na Brasil.* Rio de Janeiro: EditoraFGV, 2009.

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009) *Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto.*Paideia,v. 19, n. 44, set-dez, p. 395-401. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n44/a13v19n44.pdf

Granato, T. M. M. &Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011)*Uso terapêutico de narrativas interativas commães em situação de precariedade social.* Psico, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 494-502.

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) *Narrativas Interativas Sobre O Cuidado MaternoE Seus Sentidos Afetivo-Emocionais.* Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 17-35.

Granato, T. M. M.; Tachibana, M.; Aiello-Vaisberg,T. M. J. (2011)*Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno.*Psicologia & Sociedade, v. 23, n. spe., p. 81-89.

Piccinini, C. A., Carvalho, F. T. de, Ourique, L. R. &Lopes, R. S. (2012)*Percepções e sentimentosde gestantes sobre o pré-natal.* Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 28, n. 1, mar. Disponívelem<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jul. 2014.

Winnicott, D. W. (1982) *O mundo em pequenas doses.* In D. W. Winnicott. A criança e o seu mundo (pp. 76-82). Rio de Janeiro: LTC (Original publicado em 1964)

Winnicott, D. W. (1983). *Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self.* InD. W. Winnicott. O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1960).

Winnicott, D. W. (1996). *A Mãe dedicada comum.* In D. W. Winnicott. Os bebês e suas mães (pp. 1-11). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1949).

Winnicott, D.W. (2000). *A Preocupação Materna Primária.* In D. W. Winnicott Da Pediatria à Psicanálise.*Obras Escolhidas* (pp.399-405). Rio de Janeiro:
Imago. (Original publicado em 1956).

ARTIGOS APOIAR

ENTRE A DESTRUTIVIDADE E A VITALIDADE: O DESAFIO DE JOVENS DEPRIVADOS

GISLAINE MARTINS RICARDO PASSARINI

PAULA ORCHIUCCI MIURA

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

Resumo:

O presente artigo tem como objetivo um entrelaçamento dos aportes teóricos psicanalíticos, mais precisamente, winnicottianos, sobre o conceito de agressividade, com aspectos clínicos. Nesse sentido, foi realizado a partir do **método clínico qualitativo** (TURATO, 2003; MINAYO, 2011), um **estudo de caso** (YIN, 2009; GIL, 2009), com o intuito de apresentar e propor reflexões acerca desta problemática relacionada a adolescentes em situação de acolhimento institucional. Nesse sentido, destaca-se que as falhas ambientais favorecem a cisão do Self, de modo que um *Falso Self* se desenvolve e se expressa por meio da *Tendência Antissocial*. Tal assertiva parece ser uma realidade, principalmente, nos casos de crianças/adolescentes deprivados. A falta de compreensão desses fatores por parte dos profissionais que lidam com estes jovens contribui para o aumento de comportamentos agressivos por parte deles. Além disso, esse desconhecimento faz com que eles fiquem sujeitos a uma visão preconceituosa que apenas amplia a cisão e fortalece o sintoma.

Palavras-Chave: Adolescência; Tendência Antissocial e Falso Self.

Introdução:

A subjetividade bem estabelecida conduz, necessariamente, a um sentimento de realidade e satisfação em viver a própria vida. A construção desta acontece, em condições satisfatórias, por meio de uma relação intersubjetiva, influenciada por fatores inatos ao nascimento, como as tendências geneticamente herdadas, temperamento etc., e fatores relacionados ao ambiente, compreendido pelas pessoas que geram e cuidam do indivíduo desde o início (WINNICOTT, 1967a/2005).

Winnicott (1967/2005), contudo, enfatizou o fator ambiental, uma vez que este era o único que poderia ser aprimorado. Em consonância, Ferenczi (1992) ressaltou a

importância de compreender o fator externo na psicogênese das neuroses. Esse autor ressaltou que uma vivência traumática, muitas vezes, subjaz a psicopatologia[29].

A vulnerabilidade no desenvolvimento do adolescente em relação ao ambiente (familiar, social e cultural) em que se encontra inserido foi amplamente pesquisado por Tardivo (2007; 2010; 2013); Aiello-Vaisberg (2013); Pinto Jr. & Tardivo (2008). Essas pesquisas indicam que os adolescentes tornam-se, muitas vezes, reprodutores da violência sofrida, expressando por meio de atitudes agressivas, sexualidade exacerbada/desenfreada e enfrentamento com a lei, a violência sofrida anteriormente. Esses comportamentos que extrapolam limites demonstram, invariavelmente, um sofrimento emocional enorme, os quais demandam prevenção e tratamento contínuos (TARDIVO, 2013).

Marty (2006) aponta que o aspecto violento, fruto da vulnerabilidade interna que surge frente à genitalização pode ser potencializado ainda mais pela ausência de referências parentais, uma vez que as identificações que o adolescente realiza pautam-se nos modelos parentais da infância, integra a história pessoal com a familiar (linhagens maternas e paternas). Contudo, quando estes elementos são indiferenciados e rígidos, ou seja, não estão claros ou bem resolvidos, o adolescente tende a atuar a violência do desamparo sofrido.

De acordo com a teoria winnicotiana, a agressividade primária, expressa inicialmente pela voracidade, carrega em seu bojo a fusão do amor com a agressão (leia-se espontaneidade) e esta decorre do sentimento de estar-vivo e se relaciona à motilidade. Ao se permitir a expressão destes gestos espontâneos sem inibí-los, favorece a coesão da psique com o soma e o aumento do sentimento de realidade, em detrimento do sentimento de futilidade. Não poder vivenciá-la, então, conduz ao sentimento de não existir (DIAS, 2014).

Assim, no período em que o bebê não distingue o Eu e o Não Eu (dependência absoluta), caso o ambiente falhe em acolher esse impulso agressivo, ou seja, a mãe não sobrevive a este, pois retalia ou pune o bebê; ela não sustenta essa experiência de amor impiedoso ao longo do tempo e as ansiedades persecutórias se sobressaem. O que ocorre é que a agressão primária não consegue se integrar com o amor, originando uma dissociação que pode se dar a nível do *Self* (*Verdadeiro* e *Falso Self*) ou do objeto, dando origem a sentimentos de ódio, inveja e sadismo como resultado da interrupção do continuar a Ser (ABRAM, 2000).

[29] Dessa forma, o autor buscou evitar equívocos baseados em julgamentos apressados decorrentes da ideia de predisposição e constituição.

Quando a dependência do bebê em relação a sua mãe se torna relativa, ele conquista a capacidade de Concernimento ou de Preocupação. Nesta fase, há um aumento da ansiedade depressiva e do sentimento de culpa proveniente da preocupação do infante com os efeitos da agressividade instintiva direcionada à mãe, que agora pode ser percebida como outra pessoa. Contudo, se a mãe falha em aceitar os impulsos reparadores do bebê nessa etapa, mais uma vez ela pode promover a dissociação e a destrutividade, em detrimento da integração (ABRAM, 2000).

Quando os gestos espontâneos não são acolhidos pela mãe, por falta de comunicação, intimidade e mutualidade, o que ocorre é uma deprivação, ou seja, uma necessidade fundamental do ego não é atendida (DIAS, 2014). Winnicott (1963/1983) definiu *Deprivação* como uma provisão ambiental suficientemente boa que cessa, em um período do desenvolvimento, no qual a criança já tinha consciência do cuidado fornecido pelo ambiente, mas ainda não podia reter na memória os aspectos bons das experiências vivenciadas.

Desse modo, o indivíduo pode estabelecer um modo falso de viver, ou seja, a relação consigo mesmo e com o mundo pode se dar de forma sobressaltada, sem capacidade de se tranquilizar, ou ainda, de maneira destrutiva (DIAS, 2014).

Winnicott (1960b/1983) descreveu o *Falso Self Patológico* como a constituição psíquica que ocorre quando a mãe falha em satisfazer o gesto espontâneo (o impulso) do bebê. Isso se deve à inabilidade de perceber e atender às necessidades do infante, de tal modo que a suposta cuidadora submete o bebê ao seu ritmo. Dessa forma, considera-se que uma das formas de expressão do *Falso Self* é por meio da *Tendência Antissocial*, na qual a destrutividade está voltada para o ambiente. Para Winnicott (1963/1983), a *Tendência Antissocial* é uma reação à falha ambiental que não fora corrigida, gerando um sentimento de quebra na continuidade da existência.

A criança, por meio dos sintomas de conduta antissocial, procura chamar a atenção do ambiente para algo específico que tenha perdido e por isso, os sintomas, de modo geral, roubo, mentira, incontinência e a desordem generalizada, possuem um caráter perturbador (WINNICOTT, 1956/2000). Contudo, esses comportamentos antissociais só se manifestam quando a criança sente esperança de que alguém reconheça e tente corrigir tal falha (WINNICOTT, 1956/2000; 1963/1983). O indivíduo passa a viver em busca do sentimento de realidade perdido até o momento em que o ambiente seja terapêutico, ou seja, reconheça as necessidades que não foram atendidas e acolha os gestos espontâneos do indivíduo (DIAS, 2014).

É frequente que a criança/adolescente vítima de violência (de qualquer tipo) se sinta culpada pela situação traumática a qual fora submetida. Esse sentimento ocorre devido à identificação e introjeção que ela faz com o agressor. A falta da vivência de uma relação de confiança com um adulto que assumisse a responsabilidade pelo cuidado e também por seus erros em relação à vítima faz com que ela tenha dificuldade de distinguir certo do errado. O suposto cuidador que deveria reassegurá-la de suas próprias percepções em relação ao mundo não foi capaz de fazê-lo (FERENZCI, 1992).

O valor da relação terapêutica está em justamente poder corrigir esse equivoco, de modo que o novo ambiente possa se responsabilizar de forma integral, tanto pelo cuidado e, principalmente, pelos erros em relação ao indivíduo. Dessa forma, a criança/adolescente pode vivenciar aquilo que não viveu o que é fundamental para o restabelecimento da saúde. Experimentar uma relação dual real, viva e compreensiva, em que a destrutividade possa ser entendida como essa busca pelo sentimento de realidade e não de forma moralista (leia-se superegoica) torna-se essencial. A destrutividade deve ser compreendida, então, como sintomática (e não como patológica), pois mostra que algo não vai bem e precisa de adaptação (e não de cura).

O desenvolvimento que transcorre de maneira saudável, conduz, em questão de tempo, à conquista da integração e capacidade de concernir e de se compadecer. Ao adquirir a capacidade de afirmar-se como uma unidade: EU SOU, o indivíduo pode, então, preocupar-se com suas ações e pensamentos em relação ao outro (DIAS, 2014).

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo um entrelaçamento dos aportes teóricos psicanalíticos, mais precisamente, winnicottianos, sobre o conceito de agressividade, com aspectos clínicos com o intuito de apresentar e propor reflexões acerca da problemática da destrutividade de adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Método

Este trabalho foi realizado a partir do **método clínico qualitativo** (TURATO, 2003; MINAYO, 2011), sob o delineamento de **estudo de caso** (YIN, 2009; GIL, 2009).

O caso clínico apresentado a seguir é atendido na clínica do IPUSP pelo projeto Apoiar do Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social, sob coordenação da Professora Doutora Leila de La Plata Cury Tardivo. Os atendimentos acontecem semanalmente, durante 50 minutos desde outubro de 2009.

Caso Clínico:

Jorge (15 anos) foi encaminhado ao laboratório do Apoiar há cinco anos e desde então, iniciou seu processo de psicoterapia. O abrigo queixava de dificuldades de comportamentos, bem como episódios bastante destrutivos em que ele “quebrava” (sic) a casa. Problemas de indisciplina e dificuldades escolares também eram reportados por educadores e técnicos. Os técnicos referiam que estes comportamentos aconteciam sempre que ele era contrariado ou obrigado a fazer algo que não queria. Muitas vezes, sua contrariedade comprometia cuidados com a própria saúde, como ter que se submeter a procedimentos médicos de rotina.

Tais comportamentos se intensificaram na infância ao se descobrir filho de uma mulher que não o assumiu e sobrinho de quem o criou como mãe desde bebê. Essas informações tão caras à sua história de vida lhe foram omitidas até os nove anos.

Nas sessões observava-se a dificuldade de se expressar, tanto para se comunicar na linguagem formal, escrita e falada, quanto suas emoções. Episódios agressivos explícitos nunca fizeram parte dos atendimentos. Em geral, ele propunha jogos de cartas, xadrez ou jogo da vida e muitas vezes, não desejava conversar durante estes. Nesses jogos ele apresentava dificuldade em lidar com a perda, de forma que desistia de jogar, caso perdesse jogadas subsequentes.

Em uma das sessões ele desenhou o personagem Coringa, enquanto a terapeuta desenhou o Batman. Ele referiu que o Batman tinha que “pegar” (sic) o Coringa. Nesse momento, aventou-se a necessidade de Jorge vivenciar os limites como norteadores do seu desenvolvimento.

Em outra sessão subsequente, Jorge conta que naquela semana não havia comparecido à escola, pois fora suspenso, uma vez que havia feito uma guerrinha de bolinha de papel durante a aula. Diante da aparente desproporcionalidade da medida adotada pela escola, a terapeuta perguntou se ele gostaria que ela fosse à escola para conversar com os responsáveis. O intuito era compreender melhor a situação e ajudar se fosse possível. Jorge aceitou, prontamente, a proposta.

Na reunião com os profissionais da escola, eles abordavam episódios de agressividade e julgavam que Jorge seria “um dos casos mais difíceis da escola, senão o mais” (sic). Eles descreveram que o adolescente expressava a agressividade de forma a tentar intimidar e amedrontar as pessoas envolvidas. Citaram um episódio em que jogou uma maça na lousa quando a professora estava de costas e que ele alegou que “não era para acertar” (sic). No dia da suspensão, Jorge havia colocado fogo na própria mão

apenas para amedrontar os colegas. Em outras situações derrubou a moto de uma assistente de direção e ameaçou riscar o carro da diretora.

Apesar dos fatos elencados, a diretora ressaltou ainda que observava uma melhora na possibilidade de diálogo com o adolescente ao longo do tempo em que ele se encontrava institucionalizado e em terapia. Abordou-se a necessidade de continência, inclusive física se fosse necessário, nos momentos de agressividade, a fim de evitar que ele se machuque ou aos demais. A diretora entendia que havia uma falta de respaldo legal para “encostar no aluno” (sic), o que a impossibilitava de segurá-lo em momentos de crise. Ressaltou-se ainda a necessidade de ele poder ser acompanhado mais de perto por algum dos professores, alguém que pudesse ajudá-lo diante das dificuldades, com quem estabelecesse um vínculo mais forte.

Após a reunião com a escola, a terapeuta pôde conversar, de forma não moralista, com Jorge sobre a diferença do relato dele e dos profissionais sobre o fato. Ele nesse momento não negou e queria saber mais sobre o que havia versado a conversa. Foi dito que houve uma preocupação de todos em como ajudá-lo a não se sentir tão deslocado da sala em virtude de suas dificuldades na aprendizagem. Nesse momento, perguntou-se ao adolescente se havia algum professor na escola com quem se sentia mais à vontade para conversar sobre suas dificuldades. Ele ressaltou que era o professor de educação física. A terapeuta passou essa informação para os responsáveis da escola, para que esse professor pudesse ajudá-lo.

A seguir propõe-se uma discussão a respeito desse acontecimento que permeou a psicoterapia de Jorge, a fim de compreender a sintomatologia do adolescente e refletir sobre esta.

Discussão:

Compreender o fator traumático na história do indivíduo é essencial para compreender a psicopatologia e sintomatologia (FERENZCI, 1992). Verifica-se que na história de vida de Jorge uma parte fundamental lhe foi negada, saber quem era sua mãe, sobre o abandono e sobre quem realmente era aquela que cuidou dele. A ausência da verdade em relação às figuras parentais pode ter aumentado ainda mais o sentimento de vulnerabilidade interna (MARTY, 2006). A falta desses referencias que ajudam a sustentar o desenvolvimento do adolescente (TARDIVO, 2007) fez com que o jovem atuasse a violência sofrida pelo abandono. Nota-se que quando as pessoas que cuidavam dele

criam uma mentira ou omissão sobre sua história de vida, falham em acolher os gestos e necessidades dele, além de não conseguirem dar os limites ao adolescente.

Por meio dos comportamentos agressivos, Jorge parecia buscar os limites que não conseguia encontrar. Nota-se que seus comportamentos não possuem uma intencionalidade malévola preconcebida, estes expressam mais uma movimentação em busca de continência. Como por exemplo, quando quis intimidar a professora arremessando a maça na lousa, ou quando tentou amedrontar os colegas colocando fogo na própria mão, ou quando buscou atingir objetos daqueles que são responsáveis pelos limites. Tais ações parecem expressar mais uma busca por um objeto (MARTY, 2006), ou seja, por alguém que pudesse oferecer os limites, contrapor sua motilidade de forma afetiva e compreensiva. Pode-se dizer que estes comportamentos se relacionam ao que Winnicott (1963/1983) chamou de *Tendência Antissocial*.

Jorge, que normalmente era bastante quieto, abordou com a psicóloga sobre a “guerrinha de papel” (sic) na escola. Muito embora o discurso sobre o fato fosse tímido, enviesado ou até mesmo, conscientemente mentiroso, a terapeuta pode compreender que esse carregava uma verdade sobre ele e sobre a qual deseja falar, mas não conseguia.

É possível que a dificuldade de verbalizar de maneira clara sobre o episódio se deve ao sentimento de culpa que sente por seus comportamentos. Este sentimento provavelmente ocorre por ele saber que não fez o correto. Contudo, este não deriva de uma capacidade de se preocupar genuína (WINNICOTT, 1958/1983; 1960a/2005). Com isso, Jorge não consegue se responsabilizar de fato por sua agressividade, de modo que não consegue fazer de outro modo. Aventa-se como hipótese que o sentimento de culpa seria decorrente da identificação com as figuras parentais negligentes, assim como abordado por Ferenzci (1992).

Os comportamentos agressivos nunca tomaram forma durante os atendimentos. Contudo, estes eram uma realidade para ele. Nesse momento, entende-se que Jorge, ao contar à psicóloga sobre o ocorrido na escola, pode trazer aspectos de seu *Falso Self*, num movimento de integrar estes com o *Verdadeiro Self* (WINNICOTT, 1960/1983), como se ele sentisse que naquele ambiente terapêutico pudesse fazê-lo.

Quando a psicóloga propõe conversar com a escola, ele parece aliviar-se, como se alguém falaria sobre aquilo que ele próprio não conseguia. Além disso, ter tido alguém que se dirigisse à escola para compreender melhor a situação, parece ter dado a Jorge um novo lugar, o lugar de ser considerado, como um filho que tem uma mãe que se

preocupa e se responsabiliza por ele. Este lugar parece estar em contraposição com o lugar que ele costuma ocupar na escola e no abrigo: “um dos casos mais difíceis... senão o mais” (sic).

Aiello-Vaisberg (2013) abordou que os preconceitos acerca de jovens que possuem dificuldades de aprendizagem (devido a um modelo educacional ineficaz) promovem experiências de humilhação social que impulsionam ainda mais comportamentos agressivos, como reprodução da violência sofrida. Além disso, Marty (2006) apontou que a omissão sobre a origem do indivíduo também é uma forma de violência, nega-se ao sujeito um direito fundamental de saber sobre a própria história. No caso de Jorge estes fatores parecem ser complicadores para a retomada do desenvolvimento saudável dele.

No caso de crianças/adolescentes deprivados, Winnicott escreve que (1956/2000; 1963b/1983) é necessário que o ambiente possa reconhecer a falha e corrigi-la para que o indivíduo possa novamente se colocar em crescimento. Nesse sentido, acredita-se que a atitude tomada pela terapeuta ao reconhecer que algo estava errado, mas que não necessariamente era com ele, contribuiu para a construção de um vínculo de confiança maior entre paciente e psicoterapeuta.

Atualmente, Jorge continua em atendimento demonstrando progressos e há sete meses não houve mais queixas a respeito do comportamento de Jorge na escola.

Considerações finais:

Esse estudo de caso ilustra como a deprivação está na origem da destrutividade. Nesse sentido, destaca-se que as falhas ambientais favorecem a cisão do Self, de modo que um *Falso Self* se desenvolve e se expressa por meio da *Tendência Antissocial*. Tal assertiva parece ser uma realidade, principalmente, nos casos de crianças/adolescentes deprivados. A agressividade deixa de estar em função do crescimento para reclamar o que lhe foi retirado ou negado pelo ambiente.

A falta de compreensão desses fatores por parte dos profissionais que lidam com estes jovens contribui para o aumento de comportamentos agressivos por parte deles. Além disso, esse desconhecimento faz com que eles fiquem sujeitos a uma visão preconceituosa que apenas amplia a cisão e fortalece o sintoma. O caso demonstra o quanto uma visão equivocada implica em prejuízo para a recuperação do desenvolvimento saudável desses jovens. Quanto mais eles são tidos como agressivos e incontroláveis, mais ficam abandonados pela sociedade. Dessa maneira esses jovens

ficam expostos à própria impulsividade sem a chance de se descobrirem como pessoas integradas, reais e dignas.

Esse estudo de caso corrobora os achados realizados por Tardivo (2013), no sentido de que adolescentes institucionalizados necessitam de modelos de identificação mais positivos e afetivos. A falta de tais modelos os predispõe a maiores riscos de difusão de identidade. No que tange a esta questão, concordamos mais uma vez com Tardivo (2013) que é necessário propor métodos de prevenção e tratamento.

Referências Bibliográficas:

ABRAM, J. (2000). **A linguagem de Winnicott.** Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter. 305 p.

AIELLO-VAISBERG, T. (2013). Adolescência, sofrimento emocional e experiência de injustiça. . In: TARDIVO, L.S.L.P.C & AIELLO-VAISBERG, T. (Org.). **Anais XI Jornada Apoiar.** Adolescência: Identidade e sofrimento na clínica social. IPUSP. p. 54-65.

AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. A. (1995). **Violência doméstica na Infância e na Adolescência.** São Paulo: Robe Editorial. 125 p.

DIAS, E.O.(2014). **A Teoria do Amadurecimento de D.W. Winnicott.** 3ª ed. São Paulo: DWW Editorial. 344p.

FERENCZI, S. (1992). Confusão de língua entre adultos e a criança. A linguagem da ternura e da Paixão. In: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes. p. 97-106.

GIL, A.C. (2009). **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas. 148 p.

MARTY, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. IX, n. 1, p. 119-131.

MINAYO, M.C.S. (Org.) (2011). **Pesquisa Social.** Teoria, método e Criatividade. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 108 p.

PASSARINI, G.M.R.; FROMER, L.; FERREIRA, M.B. (2012). Projeto correspondentes: desafios para a desconstrução do assistencialismo social. In: DAFFRE, S. G. (Org.) **A realidade dos Abrigos: descaso ou prioridade?** São Paulo: Zagodoni, p. 80-109.

PINTO JR., A.A. & TARDIVO, L.S.L.P.C. (2008). Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In: ROSA, J.T. & MOTTA, I.F. (Org.) **Violência e sofrimento de crianças e adolescentes:** na perspectiva winnicottiana. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: FAPESP, p. 187-208.

TARDIVO, L.S.L.P.C. (2004). **Adolescência e Sofrimento Emocional: reflexões psicológicas – Encontros e Viagens**. 213 f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo São Paulo, 2004.

______.(2007). **Adolescência e Sofrimento Emocional nos dias de Hoje.** São Paulo: Vetor. 165 p.

______. (2010). Grupos de Riscos e Vulnerabilidade Social no Brasil. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & AIELLO-VAISBERG, T. (Org.). **Anais VIII Jornada Apoiar.** Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e propostas. São Paulo. IPUSP, p. 24-27.

______. (2011a) Investigações e intervenção no contexto da violência doméstica contra crianças e adolescentes: propostas do Apoiar. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & AIELLO-VAISBERG, T. (Org.). **Anais IX Jornada Apoiar.** Violência Doméstica e trabalho em rede: compartilhando experiências – Brasil, Argentina, Chile e Portugal. IPUSP, p. 41-58.

______. (2013). Desenvolvimento da Identidade em Adolescentes Brasileiros: vítimas de violência e infratores: Resultados, prevenção e Intervenção. In: TARDIVO, L.S.L.P.C & AIELLO-VAISBERG, T. (Org.). **Anais XI Jornada Apoiar.** Adolescência: Identidade e sofrimento na clínica social. IPUSP. p. 44-51.

TURATO, E. R. (2010/2003). **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes. 685 p.

WAISELFISZ, J.J.(2012). **Mapa da Violência 2012.** Crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA. 84 p.

WINNICOTT, D. W. (2000). A tendência Antissocial. (1956). In:______. **Da Pediatria à Psicanálise**: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, p. 406 – 416.

______. (1983).Psicanálise do sentimento de culpa (1958). **O ambiente e os Processos de Maturação.** Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre. Artmed, p.19-30.

______. (2005). Agressão, culpa e reparação. (1960a). In:____. **Tudo começa em casa.** São Paulo. Martins Fontes. p.69-79.

______.(1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. (1960b). In: ______. (1983). **O ambiente e os Processos de Maturação.** Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139.

______. (1983). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. (1963) In: ______. **O ambiente e os Processos de Maturação.** Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, p.163-174.

______. (2005). A delinquência como sinal de esperança. (1967). In: ______. **Tudo começa em casa.** São Paulo: Martins Fontes, p.81-91.

YIN, R.K. (2010). **Estudo de Caso**. Planejamento e métodos. 4ªed. Porto Alegre: Bookman. 248p.

MÃES ADICTAS EM SUA RELAÇÃO COM OS FILHOS: UM ESTUDO COMPREENSIVO

JAQUELINE NUNES WAZEN

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

RESUMO

Partiu-se da concepção psicanalítica de *adicção* pela consideração à dinâmica existente entre os elementos envolvidos na relação. Realizou-se breve revisão de literatura a partir de pesquisadores do campo das adicções e dos relacionamentos adictivos. Também foram retomados elementos concernentes às funções maternas, tendo a perspectiva winnicottiana como principal vertente norteadora, para então, articular os dois campos, o das relações adictivas e o da maternidade, tendo em vista o objetivo desse estudo que consistiu em analisar alguns aspectos psicodinâmicos, incluindo as tendências vinculares de três mães com histórico de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Para tanto, foram empregados dados das entrevistas de história de vida e o Teste de Apercepção Temática (T.A.T.). A análise dos resultados teve como referência o método qualitativo e o psicodiagnóstico compreensivo, resultando na compreensão dinâmica de cada caso. A partir da Discussão, foi possível averiguar que alguns dados encontrados, a respeito da organização de personalidade e aspectos dinâmicos envolvidos na dinâmica adictiva são coincidentes com o que já fora apontado em literatura sobre o tema. Verificou-se tendência das crianças em serem inseridas na dinâmica adictiva materna, com distintas repercussões aos seus desenvolvimentos, evidenciando a transgeracionalidade psíquica associada às vivências de insuficiência na maternagem.

Palavras-chave: maternidade, relação adictiva, psicopatologia, psicanálise, Teste de Apercepção Temática.

I. INTRODUÇÃO

O trabalho em tela tem como referência a concepção de *adicção,* seguindo a perspectiva proposta por alguns psicanalistas, como McDougall (1989) e Gurfinkel (2011), em virtude dos desdobramentos possíveis a partir de seu significado, sendo um deles o de se pensar o aspecto relacional existente entre um indivíduo que busca um (ou alguns) objeto e aquilo que é buscado, consumido ou usado.

A potencialidade do estabelecimento de uma relação assim nomeada é campo em que se busca uma compreensão dinâmica, ao se considerar características dos elementos (sujeitos, objetos) envolvidos. Guerreschi, mencionado por Gurfinkel, aponta para a importância do poder, de que é dotado o objeto pelo indivíduo, entrecruzado ao poder próprio daquele, compondo uma construção permanente de sentidos e necessidades. Nesse encontro, o indivíduo vive a experiência de reestruturação de si mesmo. (GUERRESCHI, 2007, p.16, apud GURFINKEL, 2011, P.35).

Na dinâmica de dependência da droga, a relação com o objeto se estabeleceria como estratégia encontrada para suprimir a dor e os conflitos psíquicos, uma vez que outras formas psiquicamente mais econômicas se mostraram ineficazes. (MCDOUGALL, 1989, p.53). Dessa maneira, a conduta adictiva teria como fim extrair da consciência o que é vivido como insustentável, pela precariedade do mundo interno do “acalmador curativo” propiciado pelo objeto transicional. (GURFINKEL, 2011, p. 402-406).

A possibilidade de ampliar a compreensão, do comportamento de adicção direcionado a uma substância para se pensar em relações entre indivíduos com características adictivas, tem McDougall como um importante referencial teórico que, por sua vez, tomou como ponto de apoio o modelo das relações objetais e a concepção dos fenômenos transicionais formulados por Winnicott (MCDOUGALL, 1989, p.58). Disfunções nos processos transicionais desencadeados pela relação que o ambiente e seus cuidadores estabelecem com a criança, bem como dificuldades parentais inconscientes podem ser elementos favorecedores para que a criança, como recurso adaptativo, fragmente-se (MCDOUGALL, 1989, p.60).

Essa experiência de fragmentação seria geradora de uma potencialidade à dependência, pois ao invés do espaço psíquico ser ocupado pelo objeto transicional faltante, o Eu vincula-se a um objeto transitório: “uma droga ou um Outro, utilizado como uma droga.” (MCDOUGALL, 1989, p. 60). E, é desse modo, que, nas relações adictivas, verifica-se outros sujeitos funcionando como tranquilizantes ou como continentes daquilo

que o adicto não consegue reconhecer como elemento presente em seu psiquismo. (Ibidem, p.53).

No relacionamento adictivo, encontra-se que "os parceiros não atingiram a esperada identificação estabilizadora derivada da introjeção das figuras parentais; como esse processo ficou truncado, o outro é convocado como um objeto a compensar tal lacuna." (GURFINKEL, 2011, p.399). O adicto pelo outro se encontra em uma condição de sofrida dependência crônica, em uma constante expectativa de que o outro cumpra o que dele se espera, a fim de que possa ter seus desejos realizados (Ibidem, 2011, p.397).

Cruz (2012, p. 84) enfatiza que o período das relações precoces mãe-bebê, no estágio de dependência absoluta, tem a potencialidade em deixar marcas na conquista pela criança na capacidade de estar só em presença de outro, nos caminhos da libido e na constituição da transicionalidade. Instabilidades, nessa fase, poderiam repercutir na capacidade de suportar estados de sofrimento emocional, predispondo para o posterior surgimento de relações adictivas.

Winnicott considera que o desenvolvimento que possibilita a emergência do verdadeiro *self* só pode se dar a partir da maternagem "suficientemente boa" (WINNICOTT, 1993, p. 24) e, portanto, da "preocupação materna primária", expressão designada por Winnicott para fazer referência ao desejo e à aptidão da mãe em estar conectada às distintas necessidades que vão sendo apresentadas pelo bebê, desde a gestação, pela identificação que com ele se instala e que também implica na capacidade da genitora no desinvestimento de si mesma. (Ibidem, p.21).

No desenvolvimento saudável, a figura da cuidadora vai sendo introjetada pela criança e, gradualmente, ela vai sendo capaz de tornar-se independente da presença física da mãe. O sujeito com estrutura adictiva responde de modo negativo à solidão justamente por que sente que seu ego perde o suporte, fazendo-o experimentar novamente, no âmbito inconsciente, o apoio egoico que não fora introjetado. Esse sentimento de solidão aparece atrelado, por sua vez, à impotência e ao vazio. (KALINA & KOVADLOFF, 1980, p.36-37).

Por outro lado, o prolongamento da fase de simbiose com a mãe também seria predisponente à adicção, isso por que o desenvolvimento dos atributos individuais e dos próprios recursos mantém-se dependente do investimento da cuidadora. (MCDOUGALL, 1995, p. 201, apud GURFINKEL, 2011, p. 412).

II. JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica pela possibilidade de trazer contribuições clínicas acerca da psicodinâmica de três mães adictas, incluindo tendências relacionais dessas mães com seus filhos. Como, no caso das três participantes, os filhos encontram-se na primeira infância, também é possível o favorecimento de propostas de intervenção psicológica tanto às mães quanto à relação das mães com suas crianças.

III. OBJETIVO

Analisar alguns aspectos psicodinâmicos e tendências vinculares de mães com histórico de uso abusivo/dependência de substâncias psicoativas identificados pelos instrumentais utilizados.

IV. MÉTODO

O estudo foi composto por três mães em acompanhamento no CAPS AD, quais sejam, Shirley, 18 (dezoito) anos; Gabriela, 29 (vinte e nove) anos e Bárbara, 38 (trinta e oito) anos; com filhos na primeira infância; com histórico de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas e que se encontravam, no mínimo, há um mês em abstinência. Foi empregado o método qualitativo, (TURATO, 2003), sendo que a coleta e análise dos dados ocorreu por meio das entrevistas de história de vida e da aplicação de 10 pranchas do Teste de Apercepção Temática (T.A.T.) (MURRAY, 2005). O psicodiagnóstico compreensivo deu subsídio para a compreensão de cada caso.

V. DISCUSSÃO

A partir da análise de apenas três participantes foi possível averiguar o posicionamento de alguns autores, tais como Glover (1939), Radó (1958), Knight e Bergeret (1982) quanto à inexistência de condição psicopatológica específica aos sujeitos com histórico de dependência de substâncias, sendo mais adequado considerar a existência de adicções. (GURFINKEL, 2011, p. 68) Segundo Bergeret (1982): “[...] não existe uma estrutura psíquica profunda estável específica aos comportamentos de dependência. Qualquer estrutura mental pode dar origem a comportamentos de dependência (...)” (BERGERET, 1982, p.40, apud GURFINKEL, 2011, p.68).

No caso de Bárbara, pela intensidade e tempo prolongado de uso de drogas, em média vinte anos, cabe a pergunta proposta por Gurfinkel (2011, p. 72) sobre a potencialidade da adicção, uma vez cronificada, em transformar aspectos da personalidade do sujeito, inserindo outros elementos ao psiquismo e, por decorrência, ao comportamento. No entanto, mesmo apresentando algum sintoma, temporário ou permanente, induzido por drogas, isso não desabona os indicativos da presença de uma estrutura borderline. Kalina & Kovadloff (1980, p.32) ao fazerem alusão ao uso da droga como tentativa de eliminação das sentidas ameaças de manifestação do núcleo psicótico, também induzem a levantar a hipótese de que a estrutura de personalidade de Bárbara a teria deixado ainda mais vulnerável às substâncias entorpecentes, num ciclo dinâmico em que a estrutura vulnerabiliza ao uso de entorpecentes e esses, por sua vez, progressivamente fragilizam ainda mais a estrutura, apesar da sensação propiciada, por alguma droga de preferência, apontar o contrário, como cita Cruz (2012, p.80), ao retomar Bergeret (1991), a droga pode ser vista como um meio de aliviar ou evitar ideações delirantes, num quadro de sentida ameaça da desorganização.

Em Gabriela e Shirley identificou-se estrutura neurótica com traços depressivos, mais acentuados no caso de Shirley.

Mesmo apontando três organizações de personalidade, quais sejam, a neurótica; a psicótica e a depressiva, Bergeret (KALLAS, 2007, p.22) ponderou que haveria alguns elementos em comum nos toxicodependentes e que independeriam da estrutura subjacente, tais como a submissão do corpo às atuações, a intolerância ao desprazer, a tendência à delinquência e a dificuldade em tornar as relações duradouras. Quanto a esses apontamentos, o que se encontrou foram, no caso das três participantes, e importa

relembrar que todas já se encontravam abstinentes e em acompanhamento quando da utilização dos instrumentos desse estudo, tendência a comportamentos antissociais ou percebidos como inadequados por elas mesmas; precariedade de recursos internos para lidar com situações frustrantes ou com conflitos interpessoais, o que era sentido por elas como mobilizadores de um quantum significativo de ansiedade associado a dificuldade em pensar e ponderar reações e comportamentos. No que se refere à durabilidade das relações, com exceção de Shirley que parecia se vincular, se desiludir e romper, em curto espaço de tempo, com parceiros amorosos, encontrou-se tendência em estabelecer relações adictivas, o que implica, que, mesmo sendo a relação fonte de sofrimento, como nos casos de Gabriela e de Bárbara percebeu-se dificuldade em pôr termo a essas relações.

Quanto à McDougall e sua proposta de “soluções adictivas” (GURFINKEL, 2011, p. 75, apud MCDOUGALL, 1995, p.202), embora seu posicionamento seja no sentido de pensar nas semelhanças da dinâmica psíquica que subjaz aos fenômenos adictivos (GURFINKEL, 2011, p.404), foi possível, igualmente, levar em conta as diferenças de personalidade existente entre as três participantes e considerar que, de fato, ao menos entre duas, cada uma busca uma espécie de solução, seja para angústia neurótica, no caso de Gabriela; seja para uma angústia de natureza depressiva, como em Shirley, e, no caso de Bárbara, pela instabilidade de sua estrutura, é possível pensar que lhe cabem as soluções para as angústias paranoicas, depressivas e psicóticas.

De todo modo, o uso de substâncias por sujeitos que buscam a supressão da dor e dos conflitos psíquicos, pela precariedade de recursos internos para lidar com esses fenômenos (MCDOUGALL, 1989, p.53) estiveram presentes no caso das três participantes.

Outros autores, de modo análogo à Bergeret, buscaram identificar alguns aspectos em comum nos quadros de adicção. Radó (1933) e Rosenfeld (1960) ressaltaram a vivência de uma tensão depressiva, sentida como insustentável, sendo disparador para o início do processo drogadictivo. Todavia, a fragilidade egoica e narcísica, o sentimento de impotência, de ser inferior e de incapacidade estariam subjacentes nesse processo (GURFINKEL, 2011, p.66). O posicionamento desses autores parece ir ao encontro do que fora identificado nos casos de Shirley e de Gabriela, a partir dos instrumentais de entrevista de história de vida e do T.A.T. Vale relembrar o uso diário e abusivo de cocaína por Gabriela, quando fora privada de sua liberdade, bem como o uso desmesurado de

múltiplas drogas por parte de Shirley, quando da perda da guarda da filha. Em seus T.A.T., também foram verificados fragilidade egoica e sentimento de impotência. O sentimento de menor valia e a fragilidade narcísica também foram identificados no T.A.T. de Gabriela.

Já Kalina & Kovadloff (1980, p. 42), ao considerar as características de personalidade que tornariam alguns sujeitos mais pré dispostos ao consumo de substâncias, identificaram a fraqueza egoica, a precariedade de recursos internos, o que teria, por sua vez, como esteio, as experiências de micro e macroabandonos da primeira infância. Os primeiros elementos, como já citado, foram reconhecidos nas três participantes. Quanto aos abandonos, ao que parece, as três participantes, entre infância e princípio da adolescência, ou sofreram, de fato, microabandonos, no sentido da desproteção em momentos percebidos perigos, de vulnerabilidade, o que fica mais claro nos casos de Shirley e de Gabriela, pelas vivências constantes de violência doméstica; o período em que Shirley teve de conviver com uma avó com a qual tinha uma relação insatisfatória, negativa, também pode ter sido vivida dessa forma, bem como o episódio em que Marinalva vai para a Bahia, quando da morte do ex-companheiro e deixa Shirley sozinha, na iminência de ser mãe. O abandono real também compõe o citado período da vida de Bárbara, com a saída da mãe de casa. Experiência real ou modo como ela é vivida, o sentimento de abandono parental emergiu na história das três participantes.

Além do mais, a ponderação quanto à existência de distintos níveis de gravidade nas adicções, elemento pontuado por McDougall (GURFINKEL,2011,p.75, apud MCDOUGALL, 1995, p.202) é aspecto a ser levado em conta pelas possíveis repercussões gerais que desencadeiam ao sujeito e seu entorno. Cabe aqui o exemplo de Gabriela que, durante os primeiros quatro meses do período gestacional mostrou-se incapaz de preservar a si e ao bebê, girando seus dias em torno de conseguir meios de obtenção, consumo e restabelecimento dos efeitos das múltiplas drogas. Pode-se dizer que seu quadro de dependência teria atingido, naquele momento, o status de “neocessidade” (CRUZ, 2012, p. 79), a ponto de impedir sua conexão e sua sensibilidade à Sofia. Todavia, no quinto mês gestacional - mesmo tendo sido após internação na Santa Casa, pela agressão física sofrida pelo companheiro - foi capaz de posicionar-se de outra forma mediante a dependência, a si mesma e a maternidade. Poder-se-ia dizer, então que houve um comprometimento na “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1993, p. 21), que teria vindo mais tardiamente, após o nascimento da filha. Nos encontros para

entrevistas e aplicação do T.A.T., quando Sofia se encontrava entre sétimo e o oitavo mês de vida eram nítidas as preocupações com a filha com relação ao horário da amamentação, da alimentação, de modo geral; quanto à possível sede, tal como aparece no T.A.T; com o sono; com a troca de frauda; com o conforto da filha, ora em seu colo, ora no sofá, após deixar as almofadas ajeitadas de modo que pudesse ser confortável. Levava-lhe seus próprios brinquedos e se preocupava com o horário de ir embora. Era possível dizer que ela exercia, até aquele momento, uma boa maternagem.

No entanto, Sofia também tem uma função para o psiquismo de Gabriela, tais como a de contenção de impulsos destrutivos e de tendências tidas como antissociais, haja vista o fato de que saia para a rua com Sofia, a fim de se proteger do desejo de fumar crack; pode-se dizer que essas funções também foram atribuídas à Ana, se for considerado inclusive o momento de vida em que se encontrava Gabriela, após quatro meses em liberdade: "passava o dia andando à toa" (sic), ia ao bar, continuou se relacionando com as mesmas pessoas envolvidas em atividades ilícitas, "meu pai ficou doido, dizia que eu não prestava" (sic). Desejava ficar grávida e com a gestação tornou-se caseira. De acordo com McDougall:

> […] por causa de suas próprias angústias ou temores e desejos inconscientes, a mãe é potencialmente capaz de instilar em seu lactente aquilo que pode ser conceituado como *relacionamento adictivo com a presença dela* (grifo do autor) e suas funções de cuidado. Num certo sentido, é a mãe quem está num estado de "dependência" em relação a seu bebê. (McDOUGALL, 1995, p. 201, GURFINKEL, 2011, p. 413)

As três participantes, Gabriela, em sua segunda gestação, Bárbara em ambas gestações, bem como Shirley não propiciaram a seus bebês o esperado *holding* no período uterino, oferecendo-lhes, o que era realidade para elas: "uma rotina permeada por irregularidades", podendo ser esse o início do comprometimento da emergência do verdadeiro *self* (GARCIA, 2009, apud YOUNES, 2014, p.3-4), sendo esse último ponto uma problemática que também compõe seus psiquismos.

Retomando Kalina & Kovadloff (1980, p. 42), o processo inadequado de dessimbiotização, resultando no comprometimento da maturidade e, portanto, do reconhecimento de si e do outro também seria favorecedor da adicção e, nesse ponto, é possível adentrar na questão da transgeracionalidade.

A tendência no estabelecimento de uma relação em que não há distinção mãe/filho é identificável até mesmo antes do nascimento de Pedro, filho de Bárbara, por seu desejo a ele remetido, de “largar a vida” (sic). Até os 2 (dois) anos do filho, aproximadamente, Bárbara amamentava e, num dado momento, apresentou a crença de que com isso, emagreceria, dado que pesava 97 kg e precisava emagrecer. Não é possível saber bem se o desmame foi seguido ao retorno do consumo do crack ou o contrário, mas apresenta o reinício do uso como justificativa para não mais amamentar, o que teve como resultantes a apresentação da mamadeira ao filho e a desejada perda de peso.

Segundo Winnicott (MCDOUGALL, 1989, p.59), o desenvolvimento da capacidade de diferenciar o eu dos não-eu ocorre pelo desenvolvimento da capacidade de sentir que há um eu, que progressivamente se integra e se relaciona com objetos externos a ele, o que se relacionará também com a capacidade da criança de separar-se da mãe, mantendo viva sua imagem, auxiliando-a a dar conta da separação. A criança que vive a separação, mesmo a temporária, como perda, como vazio, é indicativo de disfunção nos processos de transicionalidade. (Ibidem, p.60) Interessante observar que esses pontos, quais sejam, o desenvolvimento da capacidade de se diferenciar e de se separar-se sem que isso seja sentido como perda ou vazio não foram alcançados por Bárbara. McDougall apontará para o ambiente maternal insuficiente incluindo aqueles que se ocupam da criança e conformam seu meio. Esse eu/ não-eu bem estabelecido emerge na prancha 12, na sutil dúvida: “(...) não sei se é a imagem dela que ela tá vendo, refletindo alguma coisa assim ou se é outra pessoa, não parece outra pessoa, né (…)” (sic), o que também vai na mesma direção do que emerge no T.A.T. e que se relaciona a suas incertezas perceptivas, às suas dúvidas sobre ser impressão ou realidade aquilo que identifica.

Pedro, aos 3 (três) anos de idade, está aprendendo a usar o copo e os talheres de plástico, pois sua alimentação ainda é basicamente líquida, na mamadeira; ele também está sendo iniciado na alimentação mais sólida. Adiciona-se a isso, o fato de ainda precisar das fraudas para o cocô e dos genitores para lhe limpar. Além disso, Bárbara está aguardando o frio passar para colocá-lo na escola, enquanto isso, eles passam a maior parte do dia em casa, “a gente namora o dia inteiro” (sic). Depreende-se disso, que

seu processo do desenvolvimento absoluto para o relativo já se encontra em prejuízo, bem como a capacidade para o autocuidado, tal como fora proposto pensar por Winnicott (GURFINKEL, 2011, p. 65). Pela intensidade do contato, ele sabe de cor as mesmas músicas que ela, sendo que muitas são o da Banda com o vocalista por quem se sente “perseguida”, além de gostar de cores e estilos que são os dela. É possível identificar em Pedro aspectos deficitários de seu desenvolvimento, associados aos cuidados parentais que recebe associados a outros inadequados para sua idade, tais como gritar e ameaçar os pais, uma relação sexualizada e dependente para com a mãe. Ao que se poderia hipotetizar, Pedo viveu um processo de simbiotização/dessimbiotização inadequado, e, atualmente, ele não tem conseguido espaço para ter gostos distintos do que lhe é apresentado, ou seja, para desenvolver-se de modo mais independente do ambiente materno, estando em continuidade a essa linha de desenvolvimento, pode estar vulnerável ao estabelecimento e/ou manutenção de relações de indiferenciação, de relações adictivas, portanto.

Considerando uma questão que emerge para as três participantes, qual seja, as disfunções nos processos de internalização da figura materna, tem-se novamente o que aponta Gurfinkel (2011, p. 399), sobre a busca por um objeto, um outro, nos relacionamentos adictivos, que compense o lugar deixado pela não ocorrência da “identificação estabilizadora” decorrente da introjeção das figuras parentais. Além disso, conforme Kalina & Kovadloff (1980, p. 36-37), o sentimento de solidão, consequente ao apoio egoico não introjetado e presente nos sujeitos com estrutura adictiva, dispara o sentir-se incapazes de com ele lidar, em virtude do entrelaçamento que possui com a impotência e com o vazio. Esses três traços, solidão, impotência e vazio foram identificados nos T.A.T. das três participantes.

Ainda que Gabriela, Shirley e Bárbara, em algum momento, ausentaram-se, ao menos psiquicamente, de seus filhos, elas tendem a depositar nas crianças o que sentem que lhes falta, adentrando o espaço necessário ao desenvolvimento do *self* de seus filhos. Na prancha 16, Shirley atribui à Sheila a potencialidade de preencher o vazio que ela sente, nada mais, retomando “Aqui só minha filha, onde ela fosse construir essa parte que tá em branco, como se ela fosse, como se fosse tipo um vazio que tivesse dentro de mim e ela pudesse tapar esse buraco que tá dentro de mim.”, além de evidenciar traços de uma depressão anaclítica.

Presença de microabandonos na infância e/ou adolescência, vivência psíquica de desamparo e de ter tido uma cuidadora insuficiente e ausência de modelos identificatórios sólidos fez-se presente nos três casos. As três participantes sofreram violência doméstica na fase da infância e/ou adolescência. Traços de depressão, desamparo, ansiedade persecutória, ambivalência quanto à maternidade e tendência a impulsos antissociais foram identificados no T.A.T. das três mulheres.

Logo, apesar da tendência no estabelecimento de relações adictivas ter perpassado os três casos apresentados, as relações possuem peculiaridades que são constituídas por alguns elementos, sendo alguns deles, a estrutura de personalidade da mãe, as características do ambiente circundante à criança e à cuidadora e as características da própria criança. A consideração quanto à disponibilidade das três participantes para as entrevistas, para o T.A.T. e o desejo de mudança em suas vidas, com o apoio do serviço de saúde, não podem ser ignorados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, M.S. (2012). *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. 132f. Dissertação: Mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia: Universidade de São Paulo, São Paulo.

GURFINKEL, D. (2011). *Adicções*: paixão e vício. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KALINA, E; KOVADLOFF, S. (1980). *Drogadicção*: Indivíduo, família e sociedade. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

MCDOUGALL, J. (1989).*Teatros do eu.* Rio de Janeiro: Francisco Alves.

MURRAY, H. (2005). *Teste de Apercepção Temática* (T.A.T). Manual para aplicação. Adaptação e Ampliação Maria Cecília Vilhena M. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.

WINNICOTT, D.W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes.

YOUNES, R.B.M.A. (2014). *A permanente vitimização de mulheres*: compreensão dinâmica a partir de um estudo de caso. São Paulo. 122f. Dissertação: Mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia: Universidade de São Paulo.

O CAT- TESTE DE APERCEPÇÃO TEMÁTICA INFANTIL COM FIGURAS DE ANIMAIS: VALIDADE E FORMA DE INTERPRETAÇÃO

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (IPUSP)

Adele de Miguel

Silésia Maria Veneroso Delphino Tosi

Maria Cecília de Vilhena Moraes Silva (PUC-SP)

Cristiano Esteves (Vetor Editora Psico-Pedagógica)

O CAT compartilha com os demais instrumentos projetivos as dificuldades para uma validação estritamente psicométrica, dada a complexidade inerente à sua interpretação. Além disso, por se tratar de uma técnica aplicada a crianças, está sujeita à influência do desenvolvimento. É preciso considerar ainda a grande amplitude de variáveis implicadas na personalidade do examinando e interrelacionadas de modo complexo, o que dificulta a elaboração de indicadores discretos, bem definidos ou facilmente correlacionáveis com critérios externos como exige a tradição psicométrica. Diante disso, encontram-se poucas pesquisas, no Brasil, que tenham como objetivo verificar a fidedignidade e a validade do CAT de acordo com o novo rumo adotado pela área da avaliação psicológica neste país, ou seja, priorizando estudos psicométricos que indiquem o grau em que os diferentes instrumentos avaliam o que pretendem avaliar.

Todas as técnicas de apercepção temática têm como fundamento a hipótese projetiva, usam figuras para eliciar as histórias e exigem profissionais treinados para interpretá-las. Todas as técnicas projetivas propõem uma tarefa que permite a expressão da individualidade na percepção da demanda da tarefa e na organização da resposta; ou seja, apontam para o papel das “disposições” mentais organizadas previamente na interpretação do estímulo apresentado no momento e para o fato de que muitas vezes a influência dessas disposições não é percebida de modo consciente (Teglasi, 2001)..

MÉTODO

PARTICIPANTES: 142 crianças - amostra total (*N* = 142) teve média de 7,84 anos e desvio padrão de 1,65, sendo 79 (56%) do sexo masculino e 63 (54%) do sexo feminino.

INSTRUMENTOS: Entrevista de triagem: por meio de um questionário padronizado para estabelecimento do *rapport* e coleta de dados básicos sobre as condições de vida do examinando. Foram feitos estudos estatísticos para investigar a validade convergente

As respostas ao CAT-A foram comparadas com as de duas técnicas projetivas temáticas, (aprovadas pelo CFP) Compartilham dos mesmos objetivos e fundamentos teóricos: o Teste das Fábulas, de Jurema Alcides Cunha e Maria Lúcia Tiellet Nunes e o Teste de Apercepção Temática (TAT) de Henry Murray.

Esse foi o esquema de análise empregado:

Marcar um ponto positivo se presente	Marcar um ponto negativo se presente
[ ] Autoimagem positiva.	[ ] Autoimagem negativa.
[ ] Relações objetais: positivas.	[ ] Relações objetais: negativas.
[ ] Concepção do ambiente: positiva	[ ] Concepção do ambiente: negativa
[ ] Necessidades e conflitos: expressos em discurso organizado.	[ ] Necessidade e conflitos: não expressos ou presentes de modo intenso com comprometimento da qualidade do discurso.
[ ] Ansiedades: mobilizam crescimento, busca de solução de problemas.	[ ] Ansiedades: envolvem medo de perda de amor, desaprovação, abandono, falta de apoio.
[ ] Defesas: mostram habilidade para lidar com estímulos internos e externos.	[ ] Defesas: mostram inadequação ou insegurança para lidar com estímulos internos e externos.
[ ] Superego: adequado.	[ ] Superego: rígido ou frágil.
[ ] Integração do ego: autopercepção positiva na trama, solução adequada de problemas.	[ ] Integração do ego: autopercepção negativa na trama, incapacidade de solucionar problemas.
Total:	**Total:**

Cada história narrada ao CAT, ao TAT e ao Teste das Fábulas recebeu um ponto positivo ou negativo para cada um dos itens propostos, de acordo com os seguintes critérios:

Autoimagem: ponto positivo quando o herói apresenta características como: bom, corajoso, bonito, capaz, adequado; negativa quando o herói é visto como incapaz, mau, inferior ou outras que indiquem sentimentos de desaprovação ou rejeição.

Relações objetais: ponto positivo quando as figuras parentais ou outras figuras importantes representadas no relato (irmãos, amigos) denotam aceitação, compreensão, proteção e afeto; ponto negativo quando essas figuras provocam sentimentos de insegurança, rejeição, desvalorização.

Concepção do ambiente: ponto positivo quando o ambiente da narrativa indica que o herói se sente valorizado, acolhido e seguro; ponto negativo quando o ambiente indica relações ou situações que geram inseguranças, são inadequadas, não oferecem apoio.

Necessidades e conflitos: ponto positivo quando as necessidades e conflitos são explicitados com discurso organizado e conteúdo pessoal; o ponto negativo é atribuído quando as necessidades ou conflitos não são expressos (conteúdo pobre) ou estão presentes de modo intenso associado comprometimento da qualidade do discurso.

Ansiedades: ponto positivo quando associada a expectativas e exigências adequadas que fomentam crescimento, aprovação e busca de solução adequada; ponto negativo quando refletem receio de perda do amor, sentimentos de desaprovação, abandono, falta de apoio, etc.

Defesas: ponto positivo quando localizadas no início do continuum, indicando habilidade para lidar com estímulos internos e externos (mecanismos adaptativos); ponto negativo quando localizadas no final do continuum, indicando inadequação ou insegurança para lidar com estímulos internos e externos (mecanismos fóbicos, imaturos ou desorganizados).

Superego: ponto positivo quando se mostra adequado, ou seja, nas narrativas em que o herói ou outros personagens cometem algum deslize, existe punição proporcional à gravidade do delito; ponto negativo quando, nas mesmas circunstâncias, se mostra ausente (não há qualquer punição) ou rígido (a punição é severa demais diante da gravidade do delito).

Integração do ego: Esse item inclui basicamente a qualidade do discurso e o desenlace da narrativa; O ponto positivo é atribuído quando o relato se mostra organizado e revela capacidade de conciliar os impulsos com as exigências da realidade e as ordens do superego, levando a uma solução adequada dos problemas (desenlace realista); ponto negativo quando o relato se mostra descritivo (pobre) ou desorganizado, ou revela dificuldade em solucionar os problemas (desenlaces insatisfatórios, irrealistas ou omitidos).

Ao final, foi obtido um total de pontos positivos e um total de pontos negativos para cada protocolo, indicando o predomínio de aspectos favoráveis ou desfavoráveis associados à autoestima da criança, às suas concepções de mundo e a sua capacidade de lidar com ansiedades e conflitos mobilizados. Foram calculadas as correlações dos totais positivos e dos totais negativos nos dois instrumentos aplicados (CAT-Fábulas e CAT-TAT).

Conclusão dos estudos de validade convergente

Apesar das dificuldades inerentes à validação das técnicas projetivas temáticas – singularidade das percepções dos estímulos e das configurações dos aspectos analisados – os estudos de validade convergente confirmam o valor do CAT para o diagnóstico do funcionamento global da criança, permitindo identificar as que dispõem de recursos suficientes para lidar com os conflitos que vivenciam daquelas que não os possuem.

Nas crianças na faixa dos 5 aos 7 anos há evidências de que CAT e o Teste das Fábulas convergem quanto ao diagnóstico do funcionamento insatisfatório da personalidade da criança e também quanto à concepção – positiva ou negativa – que a criança tem do ambiente em que se insere. Esses elementos permitem afirmar a utilidade do CAT para o diagnóstico de dificuldades globais, e confirmam o papel do ambiente na presença ou ausência de recursos suficientes para que a criança lide com as dificuldades específicas ou próprias da infância que a criança vivencia, conforme propõe a literatura.

Nas crianças na faixa de 8 a 10 anos houve concordância entre TAT e CAT quanto a aspectos relativamente estáveis como autoimagem (positiva ou negativa) e adequação (ou não) das defesas. Outros aspectos relacionados a superego adequado e concepção positiva do ambiente também se mostraram convergentes.

Quanto às correlações entre os mecanismos identificados por Haworth, os resultados mais favoráveis à validade do CAT foram observados nos mecanismos Formação reativa, Isolamento, Projeção-Introjeção e no mecanismo fóbico Regressão. Não foram observadas ocorrência de valores iguais ou superiores às notas de corte dos mecanismos de Falseamento e Simbolização tanto os protocolos do CAT quanto os do TAT, indicando concordância entre as avaliações nos dois instrumentos. De modo geral, as necessidades mobilizadas e as características dos estímulos do CAT parecem menos extremas que as propostas pelo TAT, no qual foi observada frequência significativamente mais alta de ocorrências de resultados iguais ou superiores à nota de corte de Controles frágeis ou ausentes, o mais comprometedor no esquema de Haworth.

Ficou portanto evidenciada a validade convergente do CAT no sentido de que avalia aspectos relativamente estáveis do funcionamento da personalidade infantil semelhantes aos avaliados pelas técnicas temáticas Teste das Fábulas e TAT, permitindo identificar a necessidade de intervenção junto à criança ou ao ambiente.

Referências bibliográficas

Miguel , A.;Tardivo; LSLPLC ; Tosi; S.D.; Silva, M C. V (2013). *Teste de Apercepção Infantil co Figuras de Animais (CAT-A) Adaptação à populacão brasileira, São Paulo, Vetor.*

Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. New York: Wiley.

(SAT) SENNIOR APPERCEPTION TEMAS E APLICAÇÕES NO BRASIL

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO (IPUSP)

ADELE DE MIGUEL

SILÉSIA MARIA VENEROSO DELPHINO TOSI

MARIA CECÍLIA DE VILHENA MORAES SILVA (PUC-SP)

CRISTIANO ESTEVES (VETOR EDITORA PSICO-PEDAGÓGICA)

INTRODUÇÃO

A técnica de apercepção para idosos(*SeniorApperceptionTechnique*, SAT) tem como objetivo investigar problemas específicos do envelhecimento e as atitudes e preocupações das pessoas idosas em relação às questões mais centrais da velhice. Inspirado no Teste de Apercepção Temática (TAT) de Henry Murray, o SATfoi criadoem 1973 por Leopold e SonyaBellak, os mesmos autores do CAT, a técnica de apercepção para crianças. Em 1975, Leopold Bellak publicou *The best years of your life: a guide to the art and science of aging*, um dos primeiros manuais gerais sobre o envelhecimento. Nessa obra, o autor discute os problemas típicos da vida dos idosos e recomenda práticas sobre como encaminhá-los.

Os avanços da medicina e as mudanças de atitude em relação à qualidade da alimentação, à prática de esportes, assim como a conscientização quanto aos males do álcool e do tabaco para a saúde,têm aumentado a proporção de indivíduos idosos no mundo todo (Bellak&Abrams, 1997, 1998). No Brasil, segundo dados de índices sociais do IBGE, o crescimento relativo da população idosa, por grupo etário foi muito expressivo no período de 1998 a 2008. O mais significativo (quase 70%) foi o do grupo de 80 anos ou mais. Estima-se que esse segmento correspondia a cerca de três milhões de pessoas em 2008. De acordo com o instituto, esses dados mostram a presença do processo de

longevidade na sociedade brasileira e apontam para a necessidade de providências urgentes para garantir uma infraestrutura de atendimento a essa população.

A melhoria da saúde e o aumento da expectativa de vida provocaram mudanças na concepção de velhice e de aposentadoria em geral. Hoje em dia, as pessoas podem ser bastante produtivas e capazes de trabalhar muito bem até a casa dos 70. Segundo Bellak e Abrams (1997, 1998), o critério de idade[30] parece não ser suficiente para definir "a velhice". Conhecer as características e necessidades da população de 60 anos ou mais na atualidade é uma questão urgente e, para compreendê-las, é fundamental considerar não só a idade e a saúde física, mas também outros fatores como o impacto da aposentaria sobre a condição financeira e o estilo de vida do idoso.

O SAT é um instrumento voltado para a singularidade do indivíduo (Bellak&Abrams, 1997).Além disso, por ter as questões do envelhecimento como foco específico, pode ser bastante útil como subsídio em pesquisas de atitudes e problemas relacionados a esse tema em grupos de idosos, para fins de desenvolvimento de intervenções e políticas públicas direcionadas para a terceira idade.A técnica presta-se mais à investigação desses aspectos do que a um exame profundo da dinâmica da personalidade, podendo trazer informações quanto à forma como se apresentam em um dado indivíduo, a estados gerais comuns na velhice, ou quais fatores podem provocá-los; muitas vezes as narrativas revelam aspectos que o idoso não consegue expressar diretamente (Bellak&Abrams, 1997, 1998).As narrativas dos idosos costumam ser bastante concretas e conter muitas referências pessoais. (Tardivo, 2009)

As figuras do SAT foram criadas para investigar os pensamentos, as atitudes e os sentimentos de pessoas idosas, sendo que sugerem temas como solidão, problemas de

[30] No Brasil, de acordo com o IBGE, são considerados idosos os indivíduos de 60 anos ou mais. Esse mesmo critério é adotado pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento. Para os Estados Unidos e países desenvolvidos, o critério é de 65 anos.

saúde, sentimentos de inutilidade ou impotência, baixa autoestima. Mas também sugerem situações que se prestam à projeção de sentimentos mais positivos, como a alegria da convivência com os netos e os prazeres das interações sociais em jogos ou festas. Foi usada nessa pesquisa a terceira versão da Técnica apresenta situações interpessoais diversas, com personagens de diferentes idades e pelo menos um idoso.

FIGURAS E TEMAS

Figura 1: *Conversa*

Quanto ao tema das conversas, predominam assuntos de família (37%) e necessidade de resolver problemas (34%). Um pouco menos frequentes são pessoas conversando em uma reunião de família (21%). A presença de médico ou outro profissional de saúde na cena foi identificada por 12% dos examinandos. Foram observados outros temas, em menor número (menos de 3,5%).O tipo de relacionamento entre as personagens costuma ser o de parentes (43%), seguido por outros não identificados (39%) e amigos (18%). A interação entre as personagens têm características positivas em 60% das histórias, 22% neutras e 17% negativas. Nas narrativas prevalece um clima positivo (44%); clima negativo foi observado em 28% de histórias, o mesmo ocorrendo com o clima neutro.

Na amostra brasileira as temáticas mais comuns são as de pessoas conversando ou fazendo fofocas ou procurando resolver um problema de família, até mesmo herança. As personagens costumam ser percebidas como pessoas da família, prevalecendo um clima favorável para a resolução das questões, embora as situações negativas e neutras estejam presentes em muitas ocasiões, entre as quais aquelas em que as personagens estão resolvendo problemas de saúde, com médicos ou outro profissional de saúde. Temas de rivalidade e disputa ou sexo e adultério, mencionados por Bellak e Abrams

(1997, 1998), não foram observados nos relatos da amostra brasileira que, como vimos, giraram mais em torno de problemas e relacionamentos da família.

Figura 2:*Compras*

Nessa figura predominam temas orais (80,5), de modo geral. Mais especificamente as narrativas giram em torno da compra de alimentos (49%) ou interesse por eles (por exemplo, olhar a vitrine, pensar na ceia de Natal, entre outros). Problemas de natureza financeira foram observados em 18,5%; preocupação com o que vão levar (16%), vendedores de alimentos (7%) também foram observados. Em 3% dos casos o contexto foi equivocadamente identificado como um restaurante.Outras temáticas espontâneas corresponderem a menos de 3% cada uma.

O relacionamento entre as duas personagens, masculina e feminina, é percebido como positivo em 70% das histórias; em 15,5% o relacionamento é visto como neutro; e em 14,5% é percebido como negativo.

O clima das narrativas é positivo em 48% dos relatos e negativo em 39%. Somente 13% relataram histórias nas quais o clima foi neutro.

Em síntese, na amostra brasileira a temática concentra-se mais na necessidade de comprar alimentos. O clima da narrativa é positivo na maioria das histórias, mas nas situações em que é evocada a preocupação financeira para conseguir comprar os alimentos, o clima tende a ser negativo. A interação das personagens na maioria das vezes é percebida como positiva.

Figura 3:*No jardim*

O tema típico de uma criança pequena que visita os avós é o mais comum, ocorrendo em 60% das histórias Em síntese, como na amostra americana, na amostra brasileira prevaleceu a temática do neto que visita os avós. A essência das histórias é a

família, destacando uma interação positiva entre personagens de diferentes gerações. O clima quase sempre positivo.

Figura 4:*Com a família*

Diante desse estímulo, a maioria dos sujeitos (95%) produz histórias sobre relações familiares.

Em síntese, embora os estudos americanos tenham sugerido várias temáticas para a figura 4, indicando certa liberdade para os participantes criarem suas histórias, na amostra brasileira ocorreu uma preferência geral em descrever as relações familiares. Temas como atitude perante o sexo, insinuações de rivalidade entre a mulher idosa e a jovem ao telefone e desejo de tomar o lugar da adolescente quando o homem é percebido de modo distorcido representaram menos de 2% cada um. Da mesma forma, menos de 2% perceberam o homem jovem e a senhora idosa como um casal.

O destaque maior nessas histórias é para a personagem adolescente ao telefone, e em grau menor para a personagem que cozinha e que tende a ser percebida como a mãe da adolescente e do bebê. A maioria das narrativas evoca um clima muito positivo, revelando experiências saudáveis nas relações familiares vividas pelos idosos no estudo brasileiro.

Figura 5:*Na sala*

As principais temáticas que se destacaram nas histórias relatadas se referem a: sentimentos e necessidades sociais, particularmente em um contexto institucional em reunião familiar com a presença de parentes e amigos .Em relação ao clima das histórias, o positivo prevaleceu em 85% e somente apresentou enredos negativos 9%, e em 5% não foi possível determinar o conteúdo emocional.Como sugerido pelo estudo americano, a figura 5 propicia liberdade de criação das histórias, mas as personagens são percebidas

como pertencentes à mesma faixa etária dos participantes do estudo brasileiro. Entre as temáticas, prevaleceram as relacionadas a reuniões familiares ou da terceira idade, ligadas às necessidades sociais das pessoas que vivem em uma instituição, como casa de repouso. As narrativas apresentam clima positivo em sua maioria.

Figura 6:*Telefone*

Na maioria das histórias do grupo brasileiro, assim como ocorreu com o grupo norte-americano, a imagem da figura 6 sugere que a senhora está à espera de um telefonema (69%) ou recebe uma ligação (7%). O telefonema, como foco central está associado à ansiedade em 29% das histórias, na medida em que a ligação pode não ser feita ou trazer más notícias. Sentimentos como abandono e solidão foram observados em 12% das histórias. O clima das narrativas foi negativo em 38% e positivo em 37% das histórias; somente em 25% o clima foi neutro.

Em síntese, como na amostra norte-americana, a imagem da figura 6 favorece narrativas negativas a respeito de eventos que podem vir a ocorrer e sentimentos negativos que afligem a personagem. Na amostra brasileira foi observado um equilíbrio entre os climas positivo e negativo das narrativas. Independentemente do clima, as histórias sempre implicavam certo grau de ansiedade por parte da personagem, o que torna o estímulo útil para investigar como o examinando lida com esse estado.

Figura 7:*Mudança*

Essa figura favoreceu o relato de histórias com as seguintes temáticas: deixar a própria casa para morar com outras pessoas ou ir para uma instituição ;viagem de férias para descansar, sair para passear ou volta para casa após o trabalho . Nos casos em que a situação de mudança de casa foi percebida, havia uma preocupação com a mobília e com as malas em 40% das histórias. O contexto de mudança de casa relacionada à saída dos filhos foi observado em 19% dos casos.

Em síntese, a figura 7 oferece certa liberdade de criação das histórias, como observado na amostra norte-americana. No estudo brasileiro ocorreu uma preferência, embora discreta, por temas em que a família sai para uma viagem e preocupa-se com as malas que levará. Nesses casos, havia sempre um clima positivo. Também ocorreram narrativas em que um membro da família vai embora, levado pela filha para sua casa ou para uma instituição, quando aparecem os relatos de preocupação com a mobília. Em muitos casos de mudança o clima das narrativas é negativo ou neutro. As demais temáticas sugeridas pelos estudos americanos não tiveram expressão na amostra brasileira.

Figura 8: *Acidente*

O estímulo da figura 8 produziu praticamente a mesma narrativa em todos os sujeitos: a mulher derrubou a comida porque o prato estava quente ou ela estava nervosa, assustada ou afobada, entre outros motivos. Em 64% das histórias, a pessoa sentada à mesa é o marido; em 28% dos casos, embora a figura à mesa seja percebida como do sexo masculino, a relação entre as personagens não chega a ser explicitada. O clima das histórias foi negativo em 45% dos casos, positivo em 31% e neutro em 24%. Predomina uma situação geral negativa, principalmente pela reação da personagem que está sentada à mesa e também por um sentimento de impotência da senhora que derruba a comida. Nas situações positivas há uma reação da senhora em tentar resolver o problema, muitas vezes com a ajuda e compreensão da personagem que está sentada. Nos casos neutros, há apenas um relato do incidente, sem explorar suas consequências ou os sentimentos das personagens em relação a isso.

Em síntese, a figura 8 apresentou temáticas bastante semelhantes às observadas no estudo norte-americano. O incidente provocado pela queda do recipiente com alimento quente pela personagem feminina foi relatado em praticamente todas as narrativas.

Assim, o estímulo se mostra útil para investigar como o examinando lida com possíveis deficiências e como acredita que o ambiente reagirá diante delas.

Figura 9:*No parque*

Em 90% das histórias relatadas pelos sujeitos da amostra brasileira, há referências à família reunida, velhos e jovens, em uma praça; 76% delas expressam sentimentos provocados pela observação da geração mais jovem. Tais sentimentos são recordações de um passado feliz do casal de idosos diante da felicidade do jovem casal que namora.Os temas mais comuns, como nostalgia, alienação, desejo de companheirismo, inveja, tiveram pouca expressão: menos de 7,5%. A desaprovação diante da atitude dos namorados ocorreu em somente 6%.

As histórias relatadas na figura 9 são 81% positivas, 6% negativas e em 11% delas o clima foi neutro. Nesse sentido, podemos concluir que o teste de realidade proposto por essa figura foi positivo.Em síntese, observamos que os participantes da pesquisa brasileira concentraram 90% de suas histórias relacionadas ao convívio familiar transgeracional em uma situação de lazer, com sentimentos positivos despertados pela convivência com a geração mais jovem. Os temas relacionados à desaprovação, com clima negativo tiveram mínima representatividade nas narrativas.

Figura 10: *No quarto*

Essa figura geralmente desperta situações tristes e não desejadas pela maioria das pessoas. Na pesquisa brasileira, 77% das histórias estão relacionadas com doença, 22% com morte, envolvendo sentimentos de solidão e medo em 54% dos sujeitos, e de isolamento em 50%. Outros sentimentos, como pobreza ou referências a atitudes de ressaca e ideação suicida, mencionadas no estudo norte-americano, foram pouco significantes (1,5%).

Na maioria das histórias predomina o clima negativo (71%); clima positivo foi observado em 21%; clima neutro ocorreu em 8,5% dos casos. A personagem deitada na cama foi identificada como do gênero masculino em 70% das histórias; em 12% foi identificada como do gênero feminino. Em 13% dos casos a personagem não teve o gênero identificado, sendo referida como "essa pessoa"; mesmo após o inquérito ocorreram resistências quanto à identificação.Em resumo, a imagem dessa figura sugere quase sempre narrativas com clima negativo, como aconteceu na amostra brasileira. As temáticas relativas a doença, morte, medo, solidão e isolamento foram as mais frequentes. Outros temas, como dificuldade para descansar, conciliar o sono, ressaca e pobreza, foram pouco significantes no grupo brasileiro. Assim, o estímulo parece provocar ansiedade nos examinandos, sendo útil para a investigação de seus recursos e estratégias de enfrentamento diante de situações extremas de impotência, solidão, doença e morte.

Figura 11:*À mesa*

Diante desse estímulo, a narrativa da maioria dos participantes se refere a um momento de comemoração familiar ou entre amigos (98%); em 26% há referências e preocupação com os filhos e netos. O foco principal das comemorações, quando nomeado, são as festas de Natal (11%) e outras menos frequentes, como aniversário, dia dos pais, Páscoa, jantar de negócios e velório (cerca de 5% no total).

A figura despertou um clima extremamente positivo (95%); somente para 3% foi negativo e para 2%, neutro.Em síntese, observamos que, entre as temáticas sugeridas pelo estudo americano, prevaleceram, na amostra brasileira, narrativas de reuniões familiares para comemoração de um evento, nas quais a presença da figura do pai recebe um destaque especial, como uma figura respeitada que é homenageada pelos demais membros da família. De modo geral, a figura parece oferecer, aos examinandos, a possibilidade de alívio após a natureza extremamente negativa da figura anterior.

Figura 12:*Mulher pensativa*

Essa figura sugere aos sujeitos várias opções de respostas, muitas vezes interligadas com a resposta principal. A temática relacionada ao envelhecimento foi observada em considerações sobrequestões estéticas relacionadas ao envelhecimento (perda da beleza, aparecimento de rugas) em 11% dos casos; preocupação com o “ninho vazio” (filhos foram embora) em 9%; passagem muito rápida de tempo, com todos ficando mais velhos e as crianças tornando-se adultos, e insegurança nas relações conjugais (medo de ser trocada por mulher mais jovem), ambas observadas em 8,5% dos casos. O clima das histórias se divide igualmente entre positivo e negativo (36% cada). O caráter positivo ocorre quando a personagem consegue resolver o problema de maneira satisfatória. Em síntese, a figura12 pode levar os participantes a relatos negativos, que expressam perdas (de entes queridos, dos filhos que saíram de casa, da beleza e da juventude), recordações de eventos passados e consciência da passagem do tempo. Na pesquisa brasileira, observamos que os participantes preferiram narrativas a respeito de tempos passados, ao olhar fotos. Ao contrário do observado no grupo norte-americano, o tema de perda de bens materiais não foi observado no estudo brasileiro.

Figura 13:*No restaurante*

Na amostra brasileira, de modo geral as narrativas se referem a um jantar em um restaurante (95%). O clima é quase sempre visto como positivo (88% das histórias). Houve 7% de ocorrências de clima neutro e apenas 5% de clima negativo.

Em síntese, ao contrário do observado na amostra americana, no grupo brasileiro o estímulo sugere a ida a um restaurante por um casal, associado a um clima positivo, com valorização da estabilidade do casamento e dos vínculos afetivos. Apesar de o ambiente e a relação entre as personagens terem sido bastante homogêneos, houve variedade quanto aos motivos da ida ao restaurante.

Figura 14:*No banheiro*

Em relação a essa temática, observamos em nosso estudo que a mais frequente foi a dos cuidados pessoais 61% – tomar banho, escovar os dentes, passar perfume – seguida de referências à autonomia ou dependência para cuidar de si (29%) e possíveis problemas com quedas, males físicos ou mentais (26%), além de necessidade de tomar medicamentos (25,5%). Em síntese, o estímulo favorece temas relacionados à preocupação com a higiene e os cuidados pessoais, à autonomia para cuidar de si e ingerir os medicamentos necessários e à atitude diante de males físicos próprios da velhice.

Figura 15: *No baile*

Essa figura evocou, nesta pesquisa, uma situação de baile ou grande festa para 90% dos participantes. O motivo do baile foi associado a comemorações. Destas, a mais frequente foi aniversário de filha adolescente ou debutante (56%) e formatura (24%). Noivado, bodas do casal mais velho e final de ano foram identificados como motivo em 4% de ocorrências, cada uma. O clima da cena é identificado como positivo na maioria das vezes: 93%. Apenas 4% apresentaram relatos com clima negativo: uma ocorrência de rivalidade; uma referente a preocupações dos avós quanto à segurança de uma neta e uma referente a preocupações dos pais quanto ao comportamento de uma filha. Os climas neutros foram menos frequentes: 3% apenas.Em síntese, como observado na amostra norte-americana, predominam narrativas positivas sobre jovens dançando com pessoas mais velhas, satisfeitos por deixá-las felizes, em algum evento social ou familiar. O estímulo favorece a expressão de interesse pelo convívio social e satisfação em participar ativamente desse tipo de evento, seja com jovens ou com idosos (bailes da saudade). Embora o motivo da festa se concentre em datas relacionadas a jovens, algumas comemorações que valorizam os idosos também foram observadas: aniversário, estabilidade no emprego e mesmo uma formatura. O estímulo é valioso para investigar o

reconhecimento da existência do idoso ou de suas realizações pelo grupo familiar ou social. As temáticas predominantes foram bastante semelhantes às observadas por Bellak e Abrams no grupo norte-americano, embora com pouca associação às questões da sexualidade (apenas duas ocorrências). Predominam, na amostra brasileira, as alusões aos vínculos afetivos e sociais.

Figura: *Na rua*

Na pesquisa brasileira, a personagem dessa figura é vista como: sentindo frio (40%), miserável (32%), triste ou em sofrimento (15,5%), com fome (9%), doente (6%), suja (6%), agressiva (2%), perplexa (2%) ou aguardando em um aeroporto (1%).O clima da cena é percebido como negativo na maioria das narrativas (97%). Foram observadas poucas ocorrências de clima neutro ou positivo (1,5%).A personagem é identificada como um homem na maioria das histórias (92). A maioria identifica a personagem como um morador de rua ou mendigo (77%); em 22% dos casos a condição da personagem não foi especificada. A figuraprovocou alto número de referências pessoais nos relatos (26%), na maioria como alusões a moradores de rua reais ou a atitudes do participante em relação a essas pessoas de modo geral (compaixão, medo ou reprovação).O estímulo parece provocar um distanciamento na maioria dos examinandos, possivelmente por representar uma situação em que não desejam se ver ou na qual lamentam estar. A instrução de imaginar um sonho não parece ser suficiente para reduzir as estratégias defensivas observadas diante dessa figura, com a qual a quase totalidade do grupo evitou se identificar. Possivelmente, como na amostra americana, o estímulo tenha evocado os temores do examinando de ficar pobre ou sozinho, de não ter um lugar seu para morar, entre outros.

Figura 17: *No campo de golfe*

Na amostra brasileira, predominaram temas relacionados ao lazer ou à prática esportiva (39%). Outros temas frequentes referem-se ao convívio familiar (25%) e social (16%). De modo geral o clima é percebido como positivo (75%); o clima foi negativo em 14% dos relatos e neutro em 11%. Ao contrário do observado na amostra norte-americana, não foram observadas alusões à exclusão dos mais velhos ou à mulher que abandona o marido. De modo geral, as três figuras foram referidas em conjunto. Apenas 22% referiram-se especificamente à mulher. Em síntese, predominam narrativas positivas sobre pessoas que interagem em um ambiente aberto e agradável. O estímulo favorece a expressão de interesse pelo convívio social e familiar, longe das tarefas diárias, mas também de crítica e agressividade em relação às injustiças sociais. A figura17 é, particularmente, útil para investigar a abertura do idoso para atividades de lazer e interações pessoais. As temáticas predominantes no grupo brasileiro foram bastante diferentes das observadas por Bellak e Abrams no grupo norte-americano provavelmente pela visão do golfe como esporte elitista em nosso país e pela perspectiva sombria que a aposentadoria representa para boa parte da população.

Referências bibliográficas

Bellak, L. & Abrams, D. M. (1997). **The T.A.T., the C.A.T., and the S.A.T. in clinical use** (6th ed). Nedham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Bellak, L. & Abrams, D. M. (1998) **Manual for the Senior Apperception Technique (S.A.T.)**. Larchmont, NY: CPS.

Bellak, L.; Abrams D. *SAT – Técnica de Apercepção para Idosos*. São Paulo: Vetor, 2012.

Bellak, M. D. (1992**). Teste de apercepção para idosos e adultos - SAT**. (M. T. A. Pacheco, Trad.) Campinas: Psy. (Trabalho original publicado em 1949).

De Miguel, A; Tardivo, L. ; Silva, M. C. V. M.; Tosi, S. *SAT* – **Técnica de Apercepção para Idosos.** Adaptado à população brasileira. Livro de instruções. Vol. 1. Coleção SAT. São Paulo: Vetor, 2012.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2009). Aspectos psicodinâmicos em idosos com e sem depressão por meio do Teste de Apercepção Temática para idosos*. Anais do Congresso Brasileiro de Rorschach e Outros Métodos Projetivos: avaliação psicológica, formação, atuação e interfaces,* Campinas, São Paulo, Brasil, 5.

ESPAÇO TERAPÊUTICO COMO ESPAÇO POTENCIAL: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

DAIANE EVELIN DE LIMA COELHO

GABRIELA FIORAVANTE PASTORI

PAULA THAIS ANTUNES PEREIRA

PAULA ORCHIUCCI MIURA

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

Resumo

As relações familiares abusivas apresentam, segundo Winnicott (1957/2005), inúmeros fatores de desintegração e quando estes interferem de forma precoce e profunda na vida do bebê, os danos, geralmente, são bastante graves. É neste contexto que a teoria winnicottiana tem vindo a contribuir para a compreensão do processo de desenvolvimento destes tipos de personalidades, recorrentes em situações de violência intrafamiliar: “(...) a maturidade completa do indivíduo não é possível no ambiente social imaturo ou doente” (Winnicott, 1963/1990, p. 80). O objetivo deste trabalho foi discutir e refletir sobre a importância do espaço terapêutico no processo de amadurecimento de uma criança acolhida institucionalmente por ter vivenciado situações de violência. O caso clínico apresentado consiste no atendimento de um menino de 7 anos, abrigado em uma instituição de acolhimento, o qual é trazido ao serviço do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social APOIAR devido a queixas do próprio abrigo e da escola da criança pelo seu comportamento agressivo. No decorrer dos atendimentos terapêuticos, observamos que a violência intrafamiliar sofrida por Felipe ocasionou inúmeras falhas em seu processo de amadurecimento, além disso, pudemos observar que o espaço terapêutico, até o presente momento, demonstra estar sendo um ambiente que possibilite o processo de amadurecimento de Felipe, ou talvez até o retorno deste processo interrompido por suas histórias de violência.

Palavras-Chave: violência intrafamiliar, criança institucionalizada, caso clínico, Winnicott.

Introdução

O presente trabalho vislumbra a tarefa árdua de apresentar na brevidade que se faz necessária neste espaço um assunto complexo e suas vicissitudes no trabalho realizado por uma estagiária participante do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social APOIAR, coordenado pela Profª. Drª Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, junto a uma criança oriunda de uma instituição de acolhimento. A apresentação conta com fecundas reflexões retiradas dos escritos de Winnicott e constitui-se em discutir um caso clínico fértil de aspectos que permitam reflexões acerca do potencial existente no espaço terapêutico ao possibilitar e facilitar o processo de amadurecimento da criança, tendo em vista aspectos do ambiente que falharam em promover seu desenvolvimento saudável.

O Desenvolvimento Infantil

Muitos dos trabalhos de Winnicott que orienta as reflexões deste breve escrito são dirigidos ao desenvolvimento da criança, considerando aspectos ambientais, sociais, emocionais e ontogenéticos da vida de cada infante. No contexto do pós-guerra, na Inglaterra da década de 50, momento em que escreveu muitos de seus textos compilados no livro Privação e Delinquência (1999), seu olhar voltou-se às condições do desenvolvimento das crianças que chegavam aos abrigos e que eram vistas como “problemáticas” diante de seu comportamento antissocial, envolvendo roubos e delinquência. Winnicott promove uma virada conceitual ao propor que o desenvolvimento da personalidade saudável de tais crianças dependeria da oferta de um ambiente que se adapte às suas necessidades tendo em conta as falhas que se produziram nos lares originais, ou seja, da experiência de um *lar primário* que não foi “suficientemente bom”. Estas falhas podem derivar tanto das vulnerabilidades e dos riscos sociais às quais estava exposta a família de origem, seja por situações como uso falta de recursos econômicos, uso abusivo de drogas, envolvimento com atividades ilícitas, etc, seja por exposição da criança à violência física e/ou sexual, negligência dos cuidados materiais e/ou afetivos, etc. De acordo com o autor:

> Por experiências de *lar primário* entende-se a experiência de um ambiente adaptado às necessidades especiais das crianças, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental. (...) Sem alguém que lhe proporcione satisfações instintivas razoáveis, a criança não pode descobrir seu corpo nem desenvolver uma

> personalidade integrada. (...) O desenvolvimento emocional dos primeiros anos é complexo e não pode ser omitido, e toda criança necessita absolutamente de um certo grau de ambiente favorável se quiser transpor os primeiros e essenciais estágios desse desenvolvimento. (Winnicott, 1947/1999, p. 63-64)

Este resgate teórico se deve à particularidade da história de vida da criança atendida e o trabalho realizado nos atendimentos com a estagiária, vistos agora em análise sob a lente de um esboço de um caso clínico. Um dos projetos do laboratório APOIAR se orienta ao atendimento de crianças e adolescente que tiveram sua história atravessada pela violência sob diversas formas. O histórico de falhas no cuidado familiar da criança atendida teve como consequência o acolhimento pelo Estado do infante, destituindo a família de seus cuidados, além das consequências subjetivas no desenvolvimento psíquico do infante, o que o trouxe para atendimento psicológico.

Assim, delineia-se a importância do trabalho terapêutico desenvolvido com a criança, buscando a construção de um *espaço potencial*, a provisão do ambiente de aspectos que possibilitem a reedição das falhas no desenvolvimento ocasionadas pelos fatores negativos de seu *lar primário*. No entanto, Winnicott (1963/1990) pondera “podemos dizer que o ambiente favorável torna possível o progresso continuado dos processos de maturaçêo. Mas o ambiente não faz a criança. Na melhor das hipóteses possibilita à criança concretizar seu potencial” (p. 81). Assim, se os cuidadores conseguem adaptar-se às necessidades da criança, o processo de maturação, de desenvolvimento sadio não é bloqueado, ou seja, não é obstacularizado em seu curso natural. A adaptação a que se refere o autor entretanto, não significa a satisfação institiva apenas e somente, diz respeito de um modo de frustar e satisfazer as necessidades egóicas do bebê tal como o acalanto do cuidador ao segurar o bebê em seu primeiro estágio de vida, a atenção quanto a miudezas do cotidiano da criança que remetem ao investimento libidinal do cuidador em relação a ela, de modo que “com uma relativa ausência de reações a irritações, as funções corporais da criança dão uma boa base para a construção de um ego corporal. Deste modo se lançam as bases para a saúde mental futura” (idem, p. 82)

O Espaço Terapêutico

Em seu escrito *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*, Winnicott (1951/2000) parte da observação de crianças e seus hábitos na primeira infância, tais como a estimulação oral por meio de partes do próprio corpo como punho, dedos e mãos, a um próximo estágio em que a criança elege um objeto exterior ao seu corpo, um *não-eu*, que se encontra inscrito na existência de um espaço peculiar que não se configura nem como realidade interna e tão pouco como percepção pura e simples de realidade externa, em suas palavras "uma região intermediária da experimentação, para qual contribuem tanto a realidade interna quanto a externa" (p. 318). Nesse espaço, a criança tem a possibilidade de inter-relacionar ambas as realidades, interna e externa em toda a complexidade de cada uma, utilizando os elementos concretos da realidade externa para dar sentido e significando aos processos da realidade interna.

Com o desenvolvimento da criança se torna possível o "intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra. A criança agora não é apenas uma criadora potencial do mundo, mas se torna capaz também de povoar esse mundo com exemplos de sua vida interna própria" (Winnicott, 1963/1990, p. 86) Assim, é capaz de colocar na realidade externa processos que vive internamente, simbolizando-os na concretude do mundo externo. Tal capacidade é dada segundo a percepção e a noção de uma fronteira do Eu, que seria a pele, o contorno corporal da criança, em relação a um não-Eu, tudo aqui que está do lado de lá desta fronteira corporal. Dita capacidade não é inata, no sentido do espontâneo, mas natural, como algo que só precisa de um cuidador que o facilite, uma vez que, nas palavras do autor

> (…) o processo inteiro do cuidado do lactente tem como principal característica a apresentação contínua do mundo à criança. Isso é algo que não pode ser feito por pensamento, nem pode ser manejado mecanicamente. Só pode ser feito pelo manejo contínuo por um ser humano que se revele continuamente ele mesmo, não há questão de perfeição aqui. Perfeição pertence a máquinas; o que uma criança consegue é justamente aquilo de que ela precisa, o cuidado e a atenção de alguém que é continuamente ela mesma. Isso naturalmente se aplica também aos pais (WINNICOTT, 1963/1990, p.83)

Com este resgate teórico, nos lançamos a análise do caso clínico em suas vicissitudes e nuances que nos permitem refletir acerca do desenvolvimento da criança na

relação terapêutica com a estagiária, aparadas pelas reflexões de Winnicott nos trabalhos referidos ao longo deste escrito.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi discutir e refletir sobre a importância do espaço terapêutico no processo de amadurecimento de uma criança acolhida institucionalmente por ter vivenciado situações de violência.

Método

O trabalho foi desenvolvido a partir do relato de algumas sessões do trabalho de psicoterapia realizado pela estagiária do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social – APOIAR, com uma criança de 7 anos, desde abril de 2014, uma vez por semana, sendo de aproximadamente 50 minutos a duração de cada sessão. Os nomes utilizados no relato do caso são fictícios, de forma a preservar o anonimato dos envolvidos e os preceitos éticos.

Segundo Robert Yin (2009), inserido nas abordagens qualitativas de pesquisa, o estudo de caso se constitui em uma das formas mais relevantes, servindo ao propósito deste trabalho, uma vez que se trata de uma metodologia qualitativa de trabalho que se desenvolve numa situação natural, sendo rica de dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Apresentação do Caso

Felipe é um menino de 7 anos, numa constelação familiar com quatro irmãos; uma já casada; Laura, de 16; Lucas, 15; e Laís de 9 anos. Os quatro irmãos mais novos foram abrigados em razão de uma denúncia recebida pelo Conselho Tutelar de que Laura estava se prostituindo e em visita realizada a casa da família verificou-se que as crianças estavam sendo expostas a situações de risco. Felipe chega ao abrigo com a idade de 1 ano e 6 meses apresentando uma grave infecção gastrointestinal.

A mãe de Felipe é descrita como usuária de álcool e outras drogas e negligente nos cuidados com as crianças, deixando-as com o pai, que as levava para buscar

alimentos na rua. Não se sabe em que condições essas comidas eram encontradas, por isso há a suspeita de que Felipe adoeceu em decorrência disso.

Depois de abrigados, a mãe não conseguiu se organizar para realizar visitas constantes e o pai foi proibido de visitá-los, pois há uma suspeita dele ter abusado sexualmente de Laís. Tal proibição foi revista, tendo ele ido poucas vezes ao abrigo visitar os três irmãos, no entanto.

Laura, logo que foi acolhida, fugiu e voltou a morar com a mãe. Atualmente, está envolvida com drogas e com o tráfico, porém mantêm contato com Lucas por rede social, apesar dos irmãos já estarem destituídos do poder familiar e, portanto, não poderem manter contato com a família.

Felipe chegou ao APOIAR encaminhado pela psicóloga do abrigo, com a queixa de sofrer violência física do irmão e dos amigos. Segundo a psicóloga, Felipe é muito agressivo, agitado e fala muitos palavrões no abrigo; na escola, tem dificuldade de concentração e de aprendizagem. Estuda o primeiro ano do Ensino Fundamental I e leva bilhetes frequentes da professora, que acredita que o aluno apresenta algum déficit de atenção mais grave.

Felipe bate em outras crianças ao mesmo tempo em que também é agredido, principalmente por Lucas, com a justificativa de que Felipe é “chato” e provocador, como relata a própria criança.

As sessões

Felipe começou a ser atendido no final de abril de 2014, o horário de sua sessão coincidia com o de sua irmã, Laís, por isso, eram sempre trazidos juntos. Mais tarde, Lucas também começou a ser atendido pelo APOIAR e passou a vir com os irmãos.

Durante as sessões, ao ser questionado quem era a menina que estava com ele, Felipe contou que era sua amiga e que tinha muitos irmãos, quantificado como “uns 10” e que nem sabia seus nomes. Apenas no final da sessão comunicou que era sua irmã. O mesmo ocorreu quando Lucas passou a vir junto com os irmãos. Enquanto brincávamos, perguntei se Felipe também brincava com o irmão, ele respondeu que não e pela primeira vez contou que seu irmão o agredia, por que ele “não parava de provocar quando o irmão pedia e também porque que Lucas não gosta dele” (sic). Em duas sessões posteriores Lucas fala novamente sobre isso, sem voltar a mencionar esse fato em outros atendimentos.

A princípio, mostrou-se um menino calmo e pouco falante, na sessão inicial ficou sentado olhando a caixa lúdica sem tocá-la, só depois de ser perguntado se queria ver o que havia dentro, abriu-a e começou explorar os brinquedos de maneira bem organizada. Após um período de tempo brincando sozinho com as varetas do jogo de pega-varetas convidou-me à brincadeira. Felipe explicou as regras do jogo e começamos a jogar. Os jogos de sua preferência eram bolinhas de gude, jogo da memória, pega-varetas e quebra-cabeça, jogos que exigem concentração e que foram escolhidos com frequência por ele durante os atendimentos.

Em algumas sessões separou os carrinhos da caixa, colocou-os em cima da mesa e começou a colidir um no outro, demonstrando agressividade que até então não havia aparecido. Dizia que um batia no outro porque o outro batia nele, narrou que todos os carrinhos eram irmãos e que mesmo os irmãos também se batem. Algumas vezes cada carrinho possuía seu condutor, os bonequinhos, a vovó, o vovô, a mãe, o pai, o filho, a filha e o bebê. Todos batiam primeiro em um carrinho, depois todos batiam em outro carrinho, até que ao final todos colidiam em todos de forma agressiva.

Apesar de se mostrar bastante quieto e por vezes não se comunicar verbalmente, sempre convidava a psicóloga a participar das brincadeiras, fossem elas calmas ou mais agitadas. Chama a atenção o fato de chegar até o fim das sessões na mesma brincadeira, quando iniciava um jogo ficava concentrado neste até chegar seu fim.

Ao final das sessões apresentava dificuldade em guardar os jogos, repetindo um ritual de guardar bolinha por bolinha ou peça por peça com vagarosidade, prolongando sua permanência naquele espaço, junto com a terapeuta. Durante o período do tratamento, a ocorrência de problemas de comunicação com a instituição que o acolhe, no que se refere à presença nos atendimentos, resultou em algumas faltas e atrasos, que de forma importante influenciaram em alguns atendimentos. Nas sessões seguintes aos desencontros Felipe iniciava a brincadeira sozinho, aparentando estar bravo.

Por outro lado, é preciso considerar o real interesse da instituição em oferecer a ele e aos irmãos o apoio psicoterapêutico de que necessitam. Salienta-se a necessidade de aprimorar a comunicação entre todos os que visam oferecer a Felipe oportunidades de desenvolvimento.

Discussão de caso

Atender crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade é um desafio para qualquer psicólogo que tenha escolhido seu campo de atuação na área social; além das dificuldades já encontradas na prática clínica de modo geral, o cuidado com essas crianças e jovens que experienciaram situações de violência, desamparo e abandono demanda do profissional pensamento analítico e reflexivo que considere o ambiente originário da criança e suas características muitas vezes associadas às vulnerabilidades sociais.

A criança que se encontra sob a tutela do Estado, abrigada por uma instituição de acolhimento já traz revelada realidades extremamente dolorosas, de uma família que não pôde zelar de forma integral por sua vida, tendo vivido no real o que muitas outras vivem na fantasia: a situação de abandono. A análise e reflexão do terapeuta devem sempre se nortear no sentido de não esquecer a realidade em que o paciente está inserido, a questão do acolhimento e as adversidades que essa situação pode imprimir na subjetividade da criança ou adolescente. A realidade social deve ser sempre mantida em vista, o trabalho na clínica não pode, portanto, destacar-se do contexto em que se insere a vida da criança, muito embora, tão pouco tal realidade seja sua totalidade, de modo que o infante pode, apesar das questões que o atravessam, desenvolver um psiquismo saudável.

No decorrer dos atendimentos terapêuticos, observamos que a violência vivida sob as diversas formas por Felipe logo em seus primeiros anos de vida ocasionou inúmeras falhas em seu processo de amadurecimento e seus efeitos se expressam nas dificuldades de socialização que apresenta tanto na instituição de acolhimento como na Escola. A timidez em explorar a caixa e seus elementos, a repetição reiterada nas brincadeiras com a bola de gude denota a necessidade da criança de elaboração no concreto de seus conteúdos simbólicos como a vivência aguda de abandono e desamparo vividos precocemente, assim, pode-se dizer que o espaço terapêutico traz para Felipe a possibilidade de elaborar esses fatores, agora num local protegido, podemos notar que Felipe sentia esse espaço de proteção nos momentos em que ele demorava para guardar os brinquedos, prolongando o máximo possível sua permanência nesse ambiente, nas palavras de Winnicott “(…) um lugar de descanso para o indivíduo permanentemente engajado na tarefa humana de manter as realidades interna e externa separadas, e ao mesmo tempo inter-relacionadas” (Winnicott, 1951/2000, p. 318).

Tendo estabelecido o vínculo, a criança empresta à estagiária o lugar de "objeto subjetivo" (Winnicott, 1933/1990, p. 85) dos cuidadores primários e reage de forma semelhante às crianças em suas primeiras fases de desenvolvimento que na ausência da mãe/cuidador principal busca em lugares concretos a existência da mãe, denotando ainda a incapacidade de internalizar o objeto e dessa feita prescindir em alguma medida do objeto real, podendo suportar sua ausência pontual do seu eu espaço e da estagiária em ocasiões como os desencontros ocorridos com instituição de acolhimento, que levaram a ausência da estagiária em horários no qual Felipe era trazido à Clínica de atendimento.

Considerações Finais

O abrigo, assim como a escola apresentam queixas em relação ao comportamento da criança, esperamos com essa breve análise ter sido possível delinear que tais comportamentos parecem ser respostas a um ambiente de desorganização e instabilidade presente no *lar primário* da criança, falho em prover as condições necessárias para o desenvolvimento emocional saudável de Felipe. Por outro lado, com o trabalho terapêutico, a criança demonstra preservada a capacidade de se vincular a objetos externos, de modo que possibilite a reedição e a transposição de obstáculos encontrados no caminho natural à maturação da criança, apontando, portanto, para a qualidade da relação terapêutica com a estagiária como o retorno deste processo interrompido por suas histórias de violência, considerando as frustrações vividas pelo paciente, pois o que se demanda de um cuidado não é, de forma alguma, a perfeição, pois como sublinha Winnicott "perfeição pertence a máquinas; o que uma criança consegue é justamente aquilo de que ela precisa, o cuidado e a atenção de alguém que é continuamente ela mesma. Isso naturalmente se aplica também aos pais" (1963/1990, p. 83)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. (1990). Lei N° 8.069/90, *Estatututo da Criança e do Adolescente*. Acesso em 12 de novembro, 2014, em http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm

Winnicott, D.W. (1999). Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. In: D. W. Winnicott. *Privação e Deliquência*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1947)

Winnicott, D. W. (1987). Alojamentos para crianças em tempo de guerra e em tempo de paz. In: D. W. Winnicott. *Privação e Delinquência*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1948)

Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise*: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago. (pp. 316-31). (Original publicado em 1951).

Winnicott, D. W. (1990). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação.* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1963)

ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR: A DOR E OS TRAUMAS VIVENCIADOS PELAS VÍTIMAS

ÁDRINNE DIAS

RICARDO RENTES

LEILA TARDIVO

Atualmente a violência intrafamiliar continua crescendo, inúmeros casos em que a criança/adolescente é vítima de abuso sexual são apontados por pesquisas. O objetivo do trabalho é investigar as possíveis consequências traumáticas na vida da criança/adolescente vitima de abuso sexual. Participaram da pesquisa duas crianças, uma menina de 11 anos e um menino de 8 anos, vitimas de violência sexual, sendo em ambos os casos o pai suspeito pela agressão foi o pai biológico. As crianças estão acolhidas institucionalmente e são atendidas

Foi utilizado como instrumento o Procedimento de Desenhos-Estórias (DE) de Walter Trinca (1972), instrumento clínico que favorece que a pessoa transmita experiências subjetivas a respeito de vários aspectos de sua personalidade, como objetos internos, fantasias inconscientes, ansiedades, impulsos, sentimentos, desejos, atitudes, conflitos e etc. De acordo com os dados coletados, as crianças apresentam conteúdos de muita agressividade, ansiedade, relacionadas à violência sexual. Desta forma, percebe-se os mecanismos de defesa que utilizam para não entrar em contato com a sua dor, deslocando o sentimento de ódio e raiva para o outro, que ocupa esse lugar de pai.

Palavras-chave: violência intrafamiliar, abuso sexual, vítima, criança/adolescente, sofrimento.

I. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresentará aspectos da psicodinâmica da criança e/ou adolescente vítima do Abuso Sexual Intra-familiar “ASI”[31], como a mesma lida a mesma e quais as consequências no seu desenvolvimento físico, psíquico e emocional. Como

[31] A organização Mundial de Saúde (OMS) defini o abuso sexual infantil - ASI como aquele onde o adulto ou o adolescente mais velho pratica alguns atos com menores de idade que levam a sua satisfação sexual. A vítima é forçada fisicamente ou coagida verbalmente a participar da relação sem ter necessariamente o ato ocorrido. Incidindo haver a probabilidade de desenvolver comportamentos agonísticos e traumáticos (EASTMAN, 2002 *apud* PIMENTEL & ARAUJO, 2006).

esta criança desenvolve sua personalidade, utilizando mecanismos de defesa após ter sido exposta ao abuso sexual intrafamiliar.

Segundo Prado (1982), todos nós somos parte integrante de uma família. Jamais foi encontrada na História uma sociedade que tenha vivido à margem de alguma noção de família. Crescemos dentro de uma instituição e é através dela que nos desenvolvemos com referenciais de vida, essa por sua vez pode ser uma casa ou um lar. Mesmo com conflitos, não pode ser negado o valor desta instituição, pois o primeiro contato de um indivíduo é na família, e é através dela que ele irá aprender a se situar no mundo. O ser humano tem a noção de valores, direitos e deveres, sendo a forma primeira de identidade social (Prado, 1982).

Desta maneira, compreende-se que é dentro deste ambiente familiar que se aprende a dar os primeiros passos de vida, ou seja, a pessoa passa a fazer parte de uma sociedade e ser aceito por ela, pois a família é a instituição mais antiga do mundo. Já dizia Anshen (1970) ao conceituar família:

> "A família permanece ainda como o melhor instrumento para educação e especialmente para a socialização da criança. Há boas razões para acreditar que o não desenvolvimento do lactante requer não só a satisfação das suas necessidades físicas, mas ainda atenção pessoal, amor e ternura, isto não pode ser fornecido por nenhuma outra instituição (...) A função fundamental da família é hoje a de satisfazer as exigências psicológicas dos indivíduos que defendem a relação matrimonial. Estas exigências são, no seu conjunto, as do afeto, da segurança e da compreensão recíproca. p. 66/ 67".

Abordar o tema da família, extremamente amplo, vasto e com várias proporções, pois trata-se de aspectos sociológicos, antropológicos, filosóficos, entre outros. Envolve diversos saberes, desde o seu surgimento até a atualidade, passando por várias fases, mudanças e ciclos. De acordo com Poster (1978) antes da industrialização, a família compunha-se de numerosos parentes vivendo juntos em solidariedade, ou seja, era considerado família a quantidade de parentes que constituíam uma casa.

Conviver com pessoas dentro de um ambiente, tendo de lidar com as diferenças e indiferenças, é um papel que a família procura desempenhar, mesmo mediante as

diferenças, os responsáveis por esta Instituição algumas vezes recorrem à agressão física.

Violência Sexual Intrafamiliar

Percebemos que no inicio do século XX, muitas cenas chocaram a sociedade no que se refere aos maus tratos contra a criança/adolescente, foram surgindo leis que passaram a dar amparo legal a este, na época denominado de menor. Desde o ECA (Brasil, 1990) não se usa mais o termo menor por conta da sua incapacidade de defender-se contra as violências causadas por agressão muitas vezes físicas, outras emocionais e ainda psicológica.

No estudo da história do Brasil , as crianças eram esquecidas, tratadas como mini adultos, assumiam muitas vezes o papel do adulto no que tange ao trabalho e eram muito exploradas (Áries, 2011).Oabuso sexual de crianças era tratado como um assunto proibido na sociedade. Entretanto, de alguns anos para cá esse tabu vem sendo quebrado, principalmente por conta da mídia. E o que tem sido encontrado é alarmante, não apenas em frequência de tais práticas, mas também em termos de consequências biopsicossociais (Koller, 1998).

Uma das consequências que Silva (2000) expõe, é que sujeitos traumatizados sempre encontrarão uma maneira de expressar o trauma ocorrido, e crianças principalmente, após sofrerem esse tipo de abuso podem maltratar animais, sofrer de desordem de falta de atenção, ataques histéricos, às vezes não tem controle esfincteriano e têm medo de ficar só. O incesto é uma experiência devastadora para a vítima, causa trauma emocional e psicológico, é destrutivo por diversas razões, e uma delas pontuada como muito importante é o fato de que a criança se ver traída pelo agressor, perde a confiança dele e é obrigada a aprender a conviver com o incesto. O trauma do incesto pode permanecer latente no inconsciente da vítima e causar sintomas a vida toda, se não for tratado, algumas vítimas têm a capacidade de tentar superar, tentar conformar-se, mas as experiências deixam marcas significativas (FORWARD, 1989).

No Brasil, a temática do abuso sexual de crianças e adolescentes adquire maior expressão política na década de 1990, com a instituição do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei no 8.069/90 (VADE MECUM, 2010). Retratando uma maior maturidade e engajamento por parte da sociedade brasileira, ampliam-se as atuações de organizações não Governamentais (ONGs), criam-se Fóruns, Conselhos e inicia-se a

consolidação dos movimentos sociais e políticos para a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Diferente de outras formas de maus tratos como a violência física, não tem sido comum a investigação em grande profundidade, dos fatores associados à ocorrência de abuso sexual. Em tese diz-se haver fatores de risco em dois grandes grupos: os que diminuem a quantidade e a qualidade do cuidado infantil por parte dos pais; e os que produzem crianças vulneráveis, carentes emocionalmente. Seriam realmente esses fatores que tem contribuído para tal problemática ou por de trás disso existe uma desculpa? Trata-se de um assunto bastante polêmico e é pouco comentado, pois existem tabus, mas que é algo a se questionar e pesquisar.

Segundo Faleiros (1998), o problema da violência intrafamiliar está envolto em relações complexas da família, pois os abusadores são parentes próximos vinculando sua ação, ao mesmo tempo a sedução e a ameaça. Portanto, o trabalho psicológico deve atender, a criança e a família inserida, afinal, todos estão submetidos à situação traumática, que pode desencadear desvios da personalidade, trauma, comportamento violento e depressão. As pessoas vitimizadas são muitas vezes traumatizadas pelo medo, pela vergonha e pelo terror, elas reprimem falar do assunto, porém sofrem de repressão, descontrole, dificuldades nos estudos e de estabelecer relação com o outro, sensação de estar sujo e etc.

De acordo com Nelson Vitiello apud Azevedo & Guerra (1989), o desconforto que a criança/adolescente vivencia como incesto, estupro e abuso causam traumas de origem orgânica, o constrangimento da vítima e o silêncio que deve manter, aspectos anatômicos e funcionais do corpo, o autor afirma que as vítimas na sua maior parte são meninas e acabam adquirindo uma gravidez precoce.

Diante do que o autor cita enfatizando que esse fenômeno ocorre na maioria das vezes com meninas, podemos inferir que trata-se de uma mistura de sentimentos, a vítima pode sentir-se atacada e ao mesmo tempo amada pelo agressor, uma vez que mantém laços próximos com este. Qual é o papel que essa criança/adolescente ocupa dentro dessa família?

De acordo com Azevedo & Guerra (1989) em seus estudos acerca da violência física e sexual contra crianças dados apontam que a cada uma (1) menina em cinco (5) e um (1) menino em (10) são vítimas de abuso sexual antes de completarem 18 anos, e

cerca de 9% de todas as mulheres já sofreram abusos por parentes. Por esse motivo dá-se a relevância da pesquisa abordando como sujeitos as vítimas que sofrem de tamanha violência.

O Sofrimento e os traumas da vítima.

É bem difícil as vítimas lidarem ou entrarem em contato com o sofrimento causado pelo agressor, até porque, nesse caso o foco do trabalho trata-se de uma pessoa que faz parte do seu meio familiar. Esta criança tem como refugio o isolamento e o silêncio. Segundo Gabel (1997), o silêncio da criança/adolescente é tóxico para eles, às vezes a curto prazo – mas normalmente só a longo prazo podemos avaliar o impacto e as consequências afetivas do trauma ocorrido. Por se tratar do pai/responsável, esta vítima fica sem saber o que fazer, o medo, a culpa permeiam a sua mente, além do que o agressor utiliza da manipulação e da intimidação para com que a vítima não diga nada.

Para Azevedo e Guerra (1989), as vítimas de abuso sexual experimentam diversos problemas, sendo alguns deles dificuldades de adaptação afetiva, dificuldades e adaptação inter-pessoal e dificuldades de adaptação sexual. Abordaremos cada um destes que foram mencionados. Na adaptação afetiva a vítima lida com sentimento de culpa, sentimento de auto-desvalorização e depressão.

O sentimento de auto-desvalorização está profundamente ligado ao sentimento de culpabilidade, veem-se de forma inferior, sem valor em relação aos outros, de acordo com Courtois (1979, apud Azevedo e Guerra, 1989) em sua pesquisa que diz que em 30 vítimas de incesto que se ofereceram para serem entrevistadas, 87 % declararam ter sofrido bastante quanto ao seu sentimento de auto-estima. A mesma autora menciona que Herman (1981) relata que em 40 vítimas de incesto pai-filha, atualmente em psicoterapia , 60% destas têm uma auto-imagem deturpada, deteriorada, pois julgam-se como pessoas más, frequentemente se referem a si próprias como “cadelas, putas, bruxas”. Contudo, essas vítimas vendo-se desta forma, não é de se estranhar que passam a deprimir-se. Observa- se como atitudes perversas e pervertidas contra sujeitos vulneráveis levam a um adoecimento, e com isso acarreta traumas para toda uma vida se não tratada.

Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo geral investigar as possíveis consequências traumáticas sofridas por uma criança a partir do abuso sexual cometido por seu pai/responsável. E identificar os mecanismos de defesa que desenvolveu para lidar com o abuso, bem como as expectativas em relação a outra pessoa; investigar a

história e o contexto familiar no qual a criança foi criada; analisar se os fatores socioeconômicos contribuem para o abuso sexual.

MÉTODO

O método escolhido para o desempenho desse trabalho inicia-se por uma breve revisão bibliográfica, que serviu como ponto de alicerce para a articulação juntamente com a pesquisa de campo. Foi utilizada uma abordagem qualitativa e a análise de conteúdo.

A escolha por uma abordagem qualitativa se deu pela veracidade que tal técnica oferta em relação ao olhar mais singular e menos generalizado. (TURATTO, 2005 e TARDIVO, 2007).

Instrumentos

Foi utilizado o instrumento Projetivo DE (Desenho-Estória) de Walter Trinca (1972/1997/2013) e os relatos dos casos fornecidos pelas Psicólogas responsáveis pelo caso. No procedimento do DE é solicitado que o participante realize cinco desenhos e após concluído o desenho conte uma história livremente associada ao que desenhou. Concluído este estágio, inicia-se o inquérito, em que o participante fornece maiores esclarecimentos acerca do material produzido e apresente novas associações de personagens, objetos, situações, motivações, atitudes, sentimentos e intenções contidas no desenho. Ao final deve dar um título ao que produziu, em cada unidade E que é possível ver e analisar através dos desenhos e histórias o que esta criança produz, como está o seu funcionamento psicológico e emocional.

Boutonier (1968 p. 54 apud Trinca, 2003) afirma que “Ao desenhar, a criança representa aquilo que constitui o objeto de seu desejo ou de seu medo, significando que ela se converte em seu autor, e dessa maneira, o domina” É através do desenho que vamos analisar o que esses abusos causaram como dano físico, psíquico e emocional a sua vida, fazendo uma relação ao contexto histórico narrado pela Psicóloga. Sendo que para este trabalho apresentaremos dois desenhos e análise de cada participante

Participantes

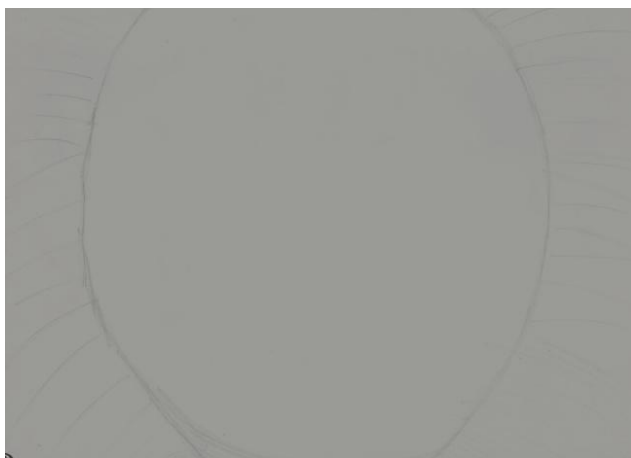
Foram coletados dados de duas crianças, sendo que ambas moram em abrigos, atualmente denominados SAICA (serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes) que através dos técnicos dos abrigos chegaram ao atendimento psicológico por terem sido vitimas de abuso sexual por seu pai: . uma menina de 11 anos e um menino de 8 anos que foi abrigado por denúncia de que seu pai havia praticado violência

sexual. As mesmas são apresentadas por nomes fictícios, uma será nomeada como Paula que possui 11 anos e o outro por Pedro que tem 8 anos.

Resultados e Análises

A pesquisa foi analisada a partir do olhar da Psicanálise, citando autores clássicos bem como os contemporâneos a partir do referencial teórico utilizado, com o propósito de ilustrar determinadas variáveis, como estas podem influenciar a psicodinâmica da vítima abusada sexualmente.

Caso 1 – Paula 11 anos, mora no abrigo e foi encaminhada ao atendimento com suspeitas de abuso sexual por parte do pai.

Desenho 1

Estória 1 - *"Vou fazer em preto e branco, ah que chato, vou deixar preto e branco, pronto. Não quero contar estória, hoje eu so quero dormir"(sic).* Deu por título "o Sol".

Considerações

No momento a criança em questão entra em contato com algo que de alguma forma gera incômodo necessitando fazer uso de defesas, como o sono uma forma de fugir de algo. O sol pode ser visto como algo que ilumina;porém é muitas vezes considerado uma figura paterna .

Pôde-se observar que o desenho é incompleto, apesar de usar toda a folha, a criança não usa cor, não demonstra sentimentos/emoção à produção, os traços são bem claros, percebemos que o desenho da criança extrapola os limites da folha como algo impossível de se ter contorno, moldura, se associarmos tal fato ao abuso sexual pudemos entender também como algo que ultrapassa limites, violando e indo além do que é esperado.

Para Nelson Vitiello (apud Azevedo e Guerra, 1989), o desconforto que a criança/adolescente vivencia como incesto, estupro e abuso causam traumas de origem

orgânica, o constrangimento da vítima e o silencio que deve manter, aspectos anatômicos e funcionais do corpo, desta forma, imaginamos como deve ser difícil para essa criança lidar com este sofrimento, busca refugiar-se das pessoas por medo das mesmas lhe fazerem o mesmo mal.

(é apresentado só a 1ª Unidade, embora se tenha realizado outras)

Caso 2 – Pedro 8 anos, trata-se de uma criança que chegou no abrigo (SAICA) 2 meses antes dessa pesquisa através de uma denúncia de violência sexual por parte do pai. A pesquisadora teve contato com a vítima e aplicou o Desenho-Estória (DE).

Desenho 1

Estória 1 - *"Era uma vez uma polícia que era muito feliz e um dia o policial tinha um filho, e um dia esse filho virou rei, aí depois o pai dele morreu, aí foi passando e ele sentiu saudade do pai dele, aí ele ficou muito triste. Aí ele viu uma luz do céu que era igualzinho ao pai dele, aí ele descobriu que era o pai dele e descobriu que o pai não morreu, aí eles viveram felizes para sempre, fim"* (sic). Foi lhe pedido um título e deu "A polícia".

Inquérito 1 – Porque a polícia era feliz? Porque eram bons, humildes e legais 2. Por que esse filho virou rei? *Um dia foi trabalhar com o pai e o chefe do pai falou que outro chefe que era rei estava quase morrendo, passou o cargo e chamou ele para ser rei.* 3. Por que o pai dele morreu? *Porque todo mundo um dia vai morrer.* 4 Como ele descobriu que o pai não morreu? *Porque um certo dia ele resolveu dá uma olhada nas papeladas do pai e resolveu ir andar nas montanhas do reino e viu uma tumba que tinha lá e ouviu uma voz pedindo socorro e era o pai dele.*

(é apresentado só a 1ª Unidade, embora se tenha realizado outras)

Considerações

No desenho podemos perceber um afeto presente, porém direcionado, preso, encapsulado dentro de um carro de policia, um lugar talvez firme, forte, porém sem base, sem sustento, alguém ou algo forte e frágil ao mesmo tempo. Ainda no desenho percebemos um movimento regressivo ao lado esquerdo da folha, como uma possibilidade de voltar ao passado, uma tentativa de resgatar algo.

Em relação a história, podemos observar que a criança traz em seu discurso uma relação de causa e efeito. O fato do filho ter tornado-se rei ocasiona na sequência a morte do pai. Poderíamos analisar e pensar em questões edípicas, contudo, o Édipo e sua vivencia devem se manter no campo da fantasia. Nesse caso em específico, fatores e dados de realidade invadem e tomam proporção na vida da criança em questão. Pedro traz em sua historia de vida o falecimento da mãe biológica. Pensando na hipótese do abuso sexual ocasionado pela figura paterna, o que era fantasia torna-se realidade, ou seja, para existir o incesto, deve haver a morte de alguém, um terceiro excluído, nesse caso a mãe. Sendo assim o que deveria permanecer na fantasia, violenta e invade a realidade.

Considerações Finais

foi possível avaliar e analisar como as vítimas interagem após o abuso sexual sofrido, ambas se apresentam de maneira regredida, o que as levou a psicoterapia.

De acordo com Gabel (1997), não podemos falar de trauma infligido à criança sem pensar no contexto no qual ele ocorre, a relação da criança com sua família, o impacto que o abuso causa após a revelação, a dinâmica que se dar junto aos órgãos defensores para qual é levado o caso, enfim, são vários fatores externos que também contribui para um sofrimento psíquico ainda maior.

Observa-se nas pesquisas e serviço de atendimento junto a vítimas de violência, a busca da compreensão sobre abusos que crianças/adolescentes sofrem dentro do seu ambiente familiar e a partir do trabalho terapêutico, e visa contribuir para fortalecer o ego e minimizar a dor .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANSHEN, R. N. (1970). **A Família: sua função e destino**. Tradução Rui Azevedo de Barros e José Sousa Gonçalves, Lisboa, Ed. Maridiano.

ÁRIES, P. (2011). **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC.

AZAMBUJA, M. R. (2004). **Violência Sexual Intra-familiar:** É possível proteger a criança. Porto Alegre, Ed. Livraria do Advogado.

AZEVEDO, M. A. (1989). **CRIANÇAS VITIMIZADAS**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo, Iglu.

ECA – **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**: Lei n° 8.069, de 13 de Julho de 1990, e legislação correlata. 10° ed, Brasília, 2013.

FALEIROS, V. P. (1998). Violência contra a Infância. *Sociedade e Estado,* X(2): 475-492.

FORWARD, S; BUCK, C. (1989). **A Traição da Inocência**: o incesto e sua devastação, Rio de Janeiro, Racco.

GABEL, M. (1997). C**rianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo, Summus.

KOLLER, S. H. (1998). **Violência Doméstica**: uma visão ecológica. p. 36, Porto Alegre, Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho – AMENCAR.

PIMENTEL, A.; ARAUJO, L. S. (2006). Violência sexual intrafamiliar **Revista Paraense de Medicina,** 20(3):39-42.

POSTER, M. (1979). **Teoria Crítica da Família**. Tradução de Álvaro Cabral, Rio de Janeiro: Zahar.

PRADO, D. (1982). **O que é família.** São Paulo: Brasiliense.

SILVA, I. R. (2000). **Abuso e Trauma**: efeitos da desordem de estresse pós traumática e desordem de múltipla personalidade. São Paulo: Vetor.

TARDIVO, L. S. L. P. C. (2007). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor.

TRINCA, W. (2003). **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. vol 18. 3° ed, São Paulo: EPU.

A IMPORTÂNCIA DA CLINICA SOCIAL NOS CASOS DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR [32]

PAULA ORCHIUCCI MIURA[33]

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO[34]

DORA MARIELA SALCEDO BARRIENTOS[35]

Resumo

A gravidez em adolescentes vítimas de violência intrafamiliar é um assunto complexo que deve ser estudado, considerando o contexto social, econômico, familiar e a dinâmica psíquica de cada adolescente. A Clínica Social surge como crítica à clínica tradicional pautada do modelo médico, então como uma forma ética, política e social de intervenção do psicólogo. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo compreender e analisar a importância da clínica social nas casos de adolescentes grávidas vítimas de violência intrafamiliar. Este trabalho está inserido em uma pesquisa mais ampla[36]. Trata-se de estudo de caso baseado numa entrevista semi-estruturada, realizada no Pronto Atendimento de Obstetrícia de um Hospital Universitário. Os dados foram interpretados e analisados segundo a Análise de Discurso. Observou-se graves falhas no processo de amadurecimento da adolescente devido as situações de violência intrafamiliar, e outros aspectos a serem considerados em intervenções. A clínica social pode possibilitar a retomada do desenvolvimento da adolescente, bem como sua potencialização enquanto sujeito ético-político.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência, Clínica Social, Violência Intrafamiliar

Introdução

[32] Agradecimento à FAPESP pela concessão de uma bolsa de pós-doutorado para realização da pesquisa que dá origem a esse trabalho (Processo nº 2013/09458-0)

[33] Pós-doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

[34] Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

[35] Doutora em Enfermagem. Docente da EACH-USP.

[36] "Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção / CNPQ (Salcedo-Barrientos, 2013)", bem como do pós-doutorado realizado pela Drª Paula Miura (bolsista FAPESP) e supervisionado pela Profª Drª Leila Tardivo, no Instituto de Psicologia da USP intitulado "A Violência Intrafamiliar em Adolescentes Grávidas: reflexões sobre a história de vida e aspectos psicodinâmicos".

A clínica é uma das práticas de maior atuação dos psicólogos. Uma pesquisa o Conselho Federal de Psicologia (WHO, 2001) registrou que 54,9% dos psicólogos se dedicavam à clínica em consultórios. Para compreendermos a importância da clínica como área de atuação do psicólogo, bem como as mudanças advindas com o tempo nesta área, apresentaremos inicialmente o histórico da clínica, as transformações da clínica clássica à clinica social e por fim enfocaremos a importância desta clínica social para os casos de adolescentes grávidas vítimas de violência intrafamiliar.

Da Clínica Clássica à Clínica Social

A palavra *Clínica* vem do grego *Klíne* que significa *Leito*, e originariamente, era uma "atividade do médico que, à cabeceira do doente, examinava as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento" (Doron e Parot, 1998, p.144-5). Segundo Moreira, Romagnoli & Neves (2007), as observações clínicas foram inauguradas por Hipócrates, "pai da Medicina", que também criou a anamnese, introduziu o exame médico na clínica com o intuito de colher dados para a elaboração de diagnóstico e prognóstico.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX é considerado o auge da clínica médica. Para Foucault (1977), o nascimento da clínica se dá neste período, mas vale ressaltar que ele está se referindo a clínica médica no discurso da estrutura científica, para ele esta clínica surge com a ideia de disciplinarização, ou seja, o médico tem o poder para atuar sobre o doente com intuito de que este se readapte as normas.

> "Essa coexistência de saber e poder faz com que discursos tidos como verdadeiros sejam ditos sobre algo produzido como objeto de saber. Nesse sentido, verdades imutáveis são questionadas e aparecem imbricadas na produção da subjetividade, tendo como função última a monitoração e a ordenação do que escapa à norma. Aliás, nesse raciocínio, a subjetividade é constituída através de práticas, e as relações de poder são processos que incidem sobre os sujeitos e os corpos, o que nos faz pensar sobre os discursos produzidos pela Medicina e suas produções de formas de ser" (Moreira *et al.,* 2007, p. 611).

Estamos nos referindo a medicina moderna, baseada no positivismo, na teoria da unicausalidade da doença (teoria bacteriológica), e que direciona sua atuação para a doença do corpo, na busca de normalizar esse estado, exigindo, desse modo, alta tecnologia e custos elevados. Na medicina moderna o conhecimento sobre o corpo é fragmentado, com perspectivas teóricas redutoras do conhecimento biológico, psíquico e social. Nesse sentido, o conceito moderno de doença compreende a análise estrutural da matéria/corpo, fundamentada na anatomopatologia (Czeresnia, 2007).

A teoria da multicausalidade das doenças aparece no final do século XIX e início do século XX, os fatores causadores das doenças eram relacionados ao agente etiológico, ao hospedeiro e ao meio ambiente. Além disso, passa-se a considerar os fatores psíquicos como causadores de doenças, o homem então começa a ser visto como ser bio-psico-social (Barata, 1985).

A primeira clínica psicológica foi criada em 1896, por Lightner Witmer, com intuito de avaliar e tratar problemas comportamentais e de aprendizagem de crianças em idade escolar, mais tarde essa prática foi chamada de psicologia escolar. A moderna psicologia clínica ampliou sua concepção sendo aplicada a uma gama mais ampla de desordens psicológicas, das brandas às graves, em pessoas de todas as idades (Schultz & Schultz, 1981).

A clínica psicológica seguindo os preceitos do modelo médico tinha o objetivo de diagnosticar, tratar e curar, prática próxima à higienista, com isso, durante muito tempo ela esteve distante das questões sociais. Freud contribuiu muito para as mudanças ocorridas na concepção da clínica psicológica. O próprio surgimento da psicanálise acontece como um movimento contra a escola psiquiátrica somática, que acreditava que os problemas mentais estavam relacionados às questões físicas, descartando as psíquicas.

De acordo com Guerra (2002), Freud foi responsável pela transformação da clínica médica pautada no olhar, na observação do fenômeno doença no corpo para uma prática fundamentada na escuta (metafenômeno), desta forma, a clínica psicológica deixa de estar focada em uma patologia como no modelo médico e passa a dar ênfase na demanda do sujeito, mas não consegue superar a perspectiva individualista da clínica médica tradicional.

No final do século XX e início do século XXI, presenciamos no Brasil, um aumento considerável de psicólogos atuando em locais diferente da clínica, tais como: nas unidades básicas de saúde, centro de atenção psicossocial (CAPS), hospitais, sistema judiciário, creches e escolas, penitenciárias, Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) entre outros. Desta forma, o psicólogo começa a se deparar com novos desafios diante da formação, atuação e investigação. Segundo Romagnoli (2006), esse desafio está não apenas na disseminação da especialidade do psicólogo para um número maior de pessoas e de classes sociais, mas também na produção de novos recursos em sua formação e de novas formas de exercício profissional, que apostem na construção de práticas ético-políticas.

Diante da ampliação das áreas de atuação do psicólogo, englobando todas as classes sociais, Moreira *et al.* (2007) acreditam que a dimensão social deve perpassar as novas formas de escuta e intervenção dos profissionais "psi". Porém, ressalta que a ênfase no social de forma despolitizada, ahistórica e assistencialista, pode ser apenas uma reprodução do modelo médico na clínica psicológica e não novas formas de atuação política e social.

Figueiredo (1995), ao fazer uma análise da cultura contemporânea assinala a presença de três modelos de subjetivação: liberal, romântico e disciplinar, e reflete o que seria a atuação da psicologia clínica em cada um desses modos. No modelo disciplinar a prática está voltada para a cura dos sintomas; no romântico o objetivo é poder expressar os sintomas e; no modelo liberal a ideia é representar e integrar o sintoma, ampliando o campo de autonomia.

Para o autor, todas essas maneiras traem o que ele considera como missão da clínica, pois na prática acabam por dissimular a cisão entre fenomenal e o meta-fenomenal, bem como minimizam o conflito existente entre os três modelos de subjetivação intrínsecos ao mundo moderno. Desta forma, a clínica psicológica ética "está comprometida com a escuta do interditado e com a sustentação das tensões e dos conflitos" (Figueiredo, 1995, p. 40)

Portanto, a clínica psicológica se caracteriza não pelo local em que se realiza – o consultório –, mas pela qualidade da escuta e da acolhida que se oferece ao sujeito: a escuta e a acolhida do excluído do discurso. Ser psicólogo clínico implica determinada postura diante do outro.

Adolescentes Grávidas Vítimas de Violência Intrafamiliar

A violência intrafamiliar é um problema milenar e complexo, que ocorre ao longo do ciclo vital, em todas as regiões do mundo, sem distinção de classe social, grupo racial, nível econômico, educacional ou religião. Constitui uma violação dos direitos humanos fundamentais e uma ofensa à dignidade humana, limitando o reconhecimento e exercício de tais direitos.

Ao problema da violência intrafamiliar pode somar-se a violência estrutural, aquela determinada pelas desigualdades socioeconômicas, que envolve questões como estado de direito, distribuição de renda, políticas de emprego, habitação, reforma agrária, educação, saúde física e mental, e que expõe as pessoas a uma situação de exclusão-inclusão social (Miura, 2012). Desta forma, a violência estrutural deve ser considerada ao refletirmos sobre a problemática da violência intrafamiliar, bem como com relação a gravidez na adolescência, principalmente, no processo de elaboração das políticas públicas nesta área.

A violência intrafamiliar afeta, marca, provoca falhas no processo de amadurecimento pessoal. Segundo Winnicott (1962/1990), não é possível o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes em ambientes que não sejam "suficientemente bons". Winnicott não utiliza o termo violência intrafamiliar propriamente dito, mas fundamentando este termo em sua teoria, violência intrafamiliar seria a ausência de um "ambiente suficientemente bom", onde esse tipo de ambiente se estabeleceu como um padrão no processo do desenvolvimento, impossibilitando o desenvolvimento saudável dos membros dessa família.

Pinto Jr. e Tardivo (2010) apontaram que a violência doméstica é um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, produzindo efeitos na identidade, distúrbios de personalidade e adaptação social. Dessa forma, as vítimas podem desenvolver diferentes tipos de transtornos, como: físicos, relacionados à dificuldade de sono e alimentação; comportamentais, como abuso de drogas, condutas autodestrutivas, fugas e baixo rendimento escolar; emocionais, expressado por sentimentos de medo, agressividade, culpa, vergonha, baixa auto-estima, desconfiança e transtorno de estresse pós-traumático; sexuais, com masturbação compulsiva, excessiva curiosidade sexual,

exibicionismo e confusão de identidade sexual; e por fim, sociais, com déficit em habilidades sociais, isolamento e condutas antissociais.

Crianças que foram abandonadas, negligenciadas, agredidas, violentadas psíquica e fisicamente, revivem na adolescência esses fracassos dos laços familiares, carregando todas as marcas das falhas de seu processo de amadurecimento. Como a adolescência é um momento de ressignificar e retomar suas experiências infantis, nestes casos de violência intrafamiliar, esse período pode ser ainda mais turbulento, pois vão se deparar com a ausência de recursos psíquicos, com a atuação das defesas primitivas, vivenciando o sofrimento nesta fase de maneira mais intensa e perturbadora.

Desta forma, a adolescente grávida que foi vítima de violência intrafamiliar pode ter marcas profundas e ter tido seu processo de amadurecimento interrompido em algum momento de sua vida. Essa história de vida não contribui para a ressignificação do período da adolescência, nem para o amadurecimento que a condição de grávida demanda. Além dos próprios registros positivos ou negativos da mãe adolescente, Winnicott (2005a/1958) aponta para a importância da mulher grávida se sentir acolhida e protegida pelo pai da criança e pela própria família, pois somente assim poderá estar disponível ao bebê quando ele nascer.

Caso o ambiente da mulher grávida, que desenvolve a função de proteção, seja instável, invasivo…, deixará a mãe ainda mais vulnerável, estando sujeita aos “distúrbios mentais puerperais” (Winnicott, 2005b/1960, p. 23). Essas condições dificultam a mãe estar disponível ao bebê, um fracasso dessa função protetora torna-se um fator essencial na constituição de uma maternagem não suficientemente boa.

Desta forma, a condição de adolescente grávida, que vivenciou ou vivencia situações de violência intrafamiliar, por inúmeros motivos, aponta para um cenário bastante preocupante tanto com relação ao amadurecimento da adolescente quanto com o do bebê. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo compreender e analisar a importância da clínica social nas casos de adolescentes grávidas vítimas de violência intrafamiliar.

CAMINHO METODOLÓGICO

Este trabalho se baseia num estudo de caso, método que deverá ser utilizado quando: “a) as questões “como” e “por quê” são propostas; b) o investigador tem pouco controle sobre os eventos; c) o enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo no contexto da vida real” (Yin, 2009). Dessa forma o autor define que essa investigação empírica se aplica quando há a pretensão de compreender, de forma aprofundada, um fenômeno da vida real e atual, cujo entendimento está atrelado a “importantes condições contextuais” (Yin, 2009). Com isso, o estudo de caso serve para explicar, descrever, ilustrar e explorar situações demasiadamente complexas, que não podem ser explicadas por um raciocínio simples de causa e efeito.

Esta pesquisa foi realizada junto a uma adolescente grávida que compareceu ao Pronto Atendimento (PA) da obstetrícia de um Hospital Público de São Paulo (Salcedo-Barrientos, 2013). Foi utilizado como instrumentos: a entrevista semi-estruturada, a qual foi gravada e transcrita, garantindo o anonimato e o sigilo; o respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhe a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejasse, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução nº 466/2012.

O responsável pela adolescente participante assinou o Termo de Consentimento e a adolescente assinou o Termo de Assentimento. Todos os preceitos éticos foram observados e o estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Parecer nº 1214/12 e Registro SISNEP-CAAE: 0043.0.196.198-11).

Os dados obtidos na entrevista semi-estruturada foram interpretados e analisados segundo a *Análise de Discurso* (Fiorin, 2005).

ESTUDO DE CASO -A HISTÓRIA DE MARIA[37]

Maria, 18 anos, é a segunda filha e tem três irmãos. Sua mãe teve seu primeiro filho aos 14 anos, este sempre foi criado pela avó.

A adolescente nunca chegou a conhecer seu pai e na infância sofreu graves maus tratos de sua mãe, ou seja, ela e seus irmãos mais novos ficavam o dia inteiro trancados em casa sem comida nem bebida. Um vizinho os alimentava passando comida pelo vitrô. Devido a um episódio de assassinato deste vizinho, mudaram-se de casa; Maria foi morar com uma tia e seus irmãos com sua avó materna. Diante da negligência da tia, foi

[37] Com intuito de atender a todos os preceitos éticos de pesquisa, os nomes apresentados neste caso são fictícios.

institucionalizada por um período, depois saiu do abrigo para morar com a avó materna, mas frente as dificuldades financeiras e emocionais desta voltou a morar com a mãe. Na adolescência iniciou o uso de cigarro, alcool e outras drogas.

Quando conheceu seu atual marido estava morando com a mãe. Começaram a namorar e moram juntos há dois anos. Maria contou que ela e o marido planejaram a gravidez. Ela diz que seu marido é trabalhador, cuidadoso e atencioso, mas mesmo assim, diz sentir medo de ser abandonada e desconfia de tudo. Para a adolescente, estar grávida é se tornar mulher, é deixar de viver um conto de fadas para viver uma realidade. Oliveira (1999) considerou que a busca (consciente ou inconsciente) pela gravidez ocorre como uma forma de lidar com fortes sentimentos depressivos dentro de um contexto social de abandono familiar. Ao mesmo tempo que parece ser uma boa experiência a gravidez, relata alguns sintomas no início desta tais como: problemas alimentares, insônia, sentimento de persecutoriedade…

Maria considera sua história de vida uma vitória. E começa estabelecer uma ligação com sua filha conversando, colocando música para ela ouvir… Mas mesmo demonstrando toda preocupação com a filha, acaba tendo comportamento contraditório no cuidado consigo e com seu bebê, pois relatou que continua fumando cigarro e chegou a sofrer uma queda, não causando grandes danos ao feto, mas se machucou.Com relação a sua mãe, ela diz que a gravidez fez com que elas se aproximassem, e isso a deixou muito feliz, pois neste momento pôde experienciar o cuidado e o carinho que sua mãe nunca havia lhe dado até o momento.

Podemos observar que o ambiente familiar no início da vida de Maria foi extremamente instável, hostil e não confiável, não teve a proteção, a atenção, o amparo e o afeto dos pais nem da família extensa. As feridas psíquicas de Maria parecem ser profundas e sua capacidade de se envolver, acreditar, confiar ainda se mostra bastante fragilizada, pois a adolescente ainda relata o medo de ser abandonada, a dificuldade de confiar.

Com relação à gravidez na adolescência, vale lembrar Blos (1962/1998) e Deutsch (1967/1983), que entendem a gravidez e a maternidade na adolescência como dificuldades no desenvolvimento psicossexual da menina em decorrência de conflitos infantis não solucionados que impedem a elaboração dos lutos da adolescência.

Blos (1962/1998) diz que a gravidez neste período é um movimento regressivo, em direção à mãe pré-edípica, a menina busca recriar uma situação perdida, em que mãe e bebê constituíam uma unidade. Percebemos que a gravidez para Maria, pode ter sido sintomática, mas felizmente ela parece estar podendo vivenciar a maternidade, bem como a posição de filha desejada, ou seja, segundo Maria a gravidez posibilitou reeditar sua experiência com sua mãe de forma diferente. Ela está preocupada com a Maria, passou a cuidar, dar mais atenção, carinho… utilizando o conceito de *preocupação materna primária* de Winnicott, talvez possamos dizer que a mãe de Maria estava demonstrando sua *preocupação materna secundária*, secundária por conseguir ser mãe apenas na fase da adolescência da filha e também por estar sendo avó. O despertar dessa preocupação na mãe de Maria pode ter se dado por inúmero motivos: por poder reparar os maus tratos e a negligência infligidos contra a filha; por estar mais madura devido a idade, mais tranquila, segura…

Segundo Winnicott, a capacidade natural para maternagem de uma mulher não evolui se ela estiver com medo, insegura, se sentir desamparada. A adolescente reflete sobre a função materna dizendo que sua mãe não conseguiu ser mãe e então se questiona: "será que eu vou conseguir cuidar da minha filha?" (sic).

Maria expressa sua preocupação com a filha, mas acaba tendo atitudes que afetam o desenvolvimento saudável do feto, como o vício pelo cigarro. Talvez Maria esteja desenvolvendo sua *preocupação materna primária,* mas suas marcas da infância ainda parecem incidir na vida da adolescente, por meio de atos inconsequentes e inconscientes como o ato de fumar na gravidez.

Percebemos que Maria reproduz a gravidez na adolescência já vivenciada por sua mãe, bem como a violência intrafamiliar, agora com seu bebê, fumando, "caindo", "se machucando". Pinto Jr e Tardivo (2010) afirmam que os efeitos da violência intrafamiliar perduram ao longo do desenvolvimento, mesmo após medidas de proteção serem tomadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da Clínica Social neste caso é oferecer um espaço de escuta que seja "suficientemente bom" para que Maria possa amadurecer emocionalmente, bem como

integrar suas experiências significando e ressignificando-as de maneira a não mais repetir sua história inconscientemente, mas sim vivenciar sua história tendo podido simbolizar e transformar o material psíquico herdado entre gerações.

A clínica ética social não tem o intuito de curar, nem de desconsiderar o sujeito desprovido de conflitos, muito menos de minimizar o impacto dos modos de subjetivação contemporâneos. Acolher a adolescente na clínica social, é acolher seu sofrimento, é possibilitar que sua experiência faça sentido, "que os afetos *passem* às linguagens, que as linguagens *passem* aos corpos, que os corpos *passem* aos afetos, que cada um *dê passagem* aos demais, e assim por diante. (…) Quando o fazer sentido é estancado, rompem-se as vias de trânsito e o acontece em um dado plano não pode ser acolhido em outro, criando-se assim realidades paralelas e incomunicáveis" (Figueiredo, 2008, p. 36).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barata, R.C.B.(1985). *A historicidade do conceito de causa:* epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO.

Blos, P.(1998/1962). *Adolescência. Uma interpretação Psicanalítica*. Tradução de Waltensir Dutra; revisão Monica Stahel. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 344p.

Czeresnia, D.(2007). Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Rev Bras Epidemiol*, 10(1), 19-29.

Deutsch, H.(1983/1967). *Problemas Psicológicos da Adolescência. Com ênfase especial na formação de grupos*. Trad.: Edmond Jorge. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar. 125 p.

Doron, R., & Parot, F. (orgs.) (1998). *Psicologia Clínica. Dicionário de Psicologia*. Vol. I. São Paulo: Ática.

Dutra, E.(2004). Considerações sobre as significações da Psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos em Psicologia*, 9(2), 381-7.

Figueiredo, L. C.(1995). *Revisitando as Psicologias: da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos.* São Paulo/Petrópolis: EDUC/Vozes

___________.(2008). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta. 201p.

Fiorin, J.L.(2005). Elementos de análise do discurso. São Paulo: Contexto

Foucault, M.(1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Guerra, A. M. C.(2002). O Social na Clínica e a Clínica do Social: Sutilezas de uma Prática. In: Gonçalves, B. D.; Guerra, A. M. C. & Moreira, J. de O. (orgs.). *Clínica e Inclusão Social: Novos Arranjos Subjetivos e Novas Formas de Intervenção*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, pp. 29-48.

Miura, P. O.(2012). *A violência intrafamiliar no Brasil e Portugal:* uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra. 247f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Moreira, J. de O**.,** Romagnoli, R.C., & Neves, E.de O.(2007). O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 608-21.

Oliveira, N.R.(2001). *Perfis de adolescentes mães após três anos do nascimento do bebê: seguimento longitudinal de estudo psicossocial.* FAPESP. Pós doutorado. Relatório de pesquisa desenvolvida junto ao Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 309f.

Romagnoli, R. C.(2006). Algumas reflexões acerca da clínica social. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF***,** Niterói, 18(2), jul./dez.

Salcedo-Barrientos, D. M.(2013). *Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção.* Relatório Parcial Projeto de Pesquisa: Teste Piloto. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, *CNPq*, Brasil.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E.(1981). *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix.

Tardivo, L.S.L.P.C., & Pinto Jr.A.A.(2010). IFVD: *Inventário de Frases no diagnóstico de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Vetor. 87p.

WHO. (2001). *Relatório final da pesquisa junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia.* Brasília: CFP (Mimeografado).

Winnicott, D.W.(2005a /1960). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: D. W. Winnicott. *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes, p. 21-8.

_______. (2005b/1958). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In: D. W. Winnicott. *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes, p. 72-88.

_______. (1990/1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas, p. 55-61

Yin, R.K. (2010). *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. 4ªed. Porto Alegre: Bookman. 248p.

A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE FAMÍLIA POR CRIANÇAS VÍTIMAS DE NEGLIGÊNCIA INFANTIL FAMILIAR [38].

CHRISTIANI MARTINS RODRIGUES TIRONI[39]
LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO[40]

RESUMO

O objetivo do presente trabalho consistiu em compreender o conceito de família construído por crianças entre quatro e seis anos vítimas de Negligência Infantil Familiar, a partir do Jogo das Relações Intrafamiliares. O método utilizado foi o Estudo de Casos Múltiplos, baseado no referencial analítico winnicottiano. Participaram da referida pesquisa dez crianças vítimas de Negligência Infantil Familiar e, como resultado, apenas uma criança apresentou o conceito adequado, seis construíram um conceito confuso ou inadequado, duas crianças não souberam responder o que seria família e uma não quis participar do jogo. Desse modo, foi observado que o conceito construído por essas crianças, sobre família, refletiu a qualidade das relações interpessoais vividas com seus pais.

Palavras-chave: Família. Relações Vinculares. Negligência. D.W.Winnicott.

INTRODUÇÃO

Winnicott (1997) caracteriza a família como sendo o primeiro grupo natural de um indivíduo. Esse fator, por si só, evidencia o papel central que esta possui no modo como a criança irá construir suas futuras relações interpessoais. Desse modo, compreender o conceito de família construído por crianças de um determinado grupo possibilitaria

---

[38] Este trabalho faz parte da pesquisa de Doutorado da primeira autora, intitulada "Apresentação do Procedimento Jogo das Relações Intrafamiliares e seu Potencial no Estudo dos Vínculos de Crianças Negligenciadas", desenvolvida no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, e sob a orientação da segunda autora deste trabalho, Prof. Associada Leila Salomão De La Plata Cury Tardivo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP) – número do parecer 66382 – em 03 de agosto de 2012.

[39] Psicóloga. Doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental e Clínica Social - Apoiar, na área de Violência. Bolsista CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

[40] Psicóloga. Livre-Docente e Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – APOIAR. Professora de Graduação e Pós-Graduação. Orientadora de Mestrado, Doutorado e Pós-Doc. do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

conhecer um aspecto delimitador da realidade a ser formada, visto que estes indivíduos, baseados em suas experiências familiares, irão ser os novos protagonistas na formação dos futuros arranjos familiares (Faco & Melchiori, 2009).

Assim, esse lugar das primeiras relações interpessoais caracteriza-se como sendo fundamental para o desenvolvimento emocional de uma criança (Winnicott, 1997), bem como é considerado como o principal contexto de socialização dos indivíduos (Faco & Melchiori, 2009). Sobre o seu conceito, pode-se encontrar várias definições como, por exemplo, a presente no Código Civil Brasileiro (Lei Federal nº10.406 de 10 de janeiro de 2002), que considera a família como uma unidade de relações formadas por casamento, uniões estáveis ou uma comunidade formada por um dos genitores e seus descendentes. E, se esse conceito surgiu para designar a localização física de um grupo social de tribos latinas, no século XVIII, o substantivo família passou a caracterizar o agrupamento de pessoas que vivem juntas e possuem uma ligação biológica, compondo a tríade pai-mãe-criança. Desde então, definições científicas sobre esse conceito vem sendo construídas e se modificando à medida que as situações socioeconômicas, políticas e culturais de uma sociedade também se transformam (Dessen & Ramos, 2010).

Porém, cada vez mais, autores visam ampliar a sua definição, de modo a abranger os diferentes arranjos e possibilidades (Facho & Melchiori, 2009; Dessen & Ramos, 2010). Assim, Petzold, já em 1996, propôs que a família deveria ser definida como “um grupo social especial, caracterizado por intimidade e por relações intergeracionais” (p.39). Essa definição, que está circunscrita em uma visão ecopsicológica, compreende a unidade familiar enquanto um sistema complexo de subsistemas integrados e interdependentes, que influenciam e são influenciados pelo contexto sócio-histórico-cultural ao qual estão inseridos (Dessen & Ramos, 2010).

De acordo com Faco e Melchiori (2009), para de fato compreender o conceito construído pelas pessoas sobre o que elas entendem por família, seria preciso escutá-las. Visto que é um conceito que depende da cultura, bem como da própria família ao qual o indivíduo pertence (Wonsttret et al, 2000). Ou seja, a sua concepção varia de acordo com as diferentes culturas e contextos sociais aos quais o indivíduo se insere (Dessen & Ramos, 2010).

Para Winnicott, apesar de considerar que a mãe seria o primeiro ambiente da criança, tanto biológico como psicológico (Abram, 2000), é de fundamental importância, na

compreensão da formação do indivíduo, a construção de um conhecimento sobre a organização da família, visto que esta refletiria a cultura de uma determinada sociedade (Winnicott, 1997), o que torna esse núcleo de relações sociais um dado essencial para a compreensão do desenvolvimento emocional da criança.

Assim, a família além de proteger à criança do mundo (Winnicott, 1997), permite que este lhe seja apresentado aos poucos – ou como o autor descreve, em pequenas doses -, por meio dos avós, tios, tias, vizinhos, outras crianças, até participar de um grupo maior, por meio de sua inserção na escola. Assim, o ambiente que a mãe oferece ao seu filho (Winnicott, 1997), em primeiro lugar, seria ela mesma, ou seja, suas características pessoais, tanto físicas como emocionais. Porém, o contexto social ao qual essa mãe está inserida, também faria parte do ambiente oferecido por ela ao bebê; e este incluiria o pai, outros filhos, os avós, bem como a qualidade das relações estabelecidas entre eles com a mãe.

Nesse sentido, o bebê que pode ser desejado e amado, não apenas por seus pais, mas por outros familiares, nasce em um ambiente que fornece oportunidades à criança para que esta se desenvolva e se torne um indivíduo (Winnicott, 1970/1999), por manter “[...] um contexto em que a criança encontra gradualmente a si mesma (seu self) e ao mundo, e uma relação operativa entre ela e o mundo” (Winnicott, 1957/1989, p.98). Isto porque, todo indivíduo seria dotado de uma tendência inata, ou herdada, ao amadurecimento (Winnicott, 1967/1989) que, consequentemente, configurar-se-ia em uma tendência inata à integração, por meio do processo de desenvolvimento emocional (Dias, 2012). Assim, por meio de um ambiente facilitador, as potencialidades da criança podem ser desenvolvidas, de modo que está parta de uma situação de dependência absoluta rumo à independência (Winnicott, 1967/1989).

Em uma pesquisa realizada com crianças entre 9 e 12 anos de diferentes classes sociais (Wonsttret et al, 2000), a respeito do que elas entendiam como família. Como resultado, percebeu-se, de maneira geral, que essas crianças apresentaram uma imagem positiva de família, relacionando este conceito à união de pessoas e parentes. E, estes foram descritos por adjetivos como amor, carinho, harmonia e alegria.

De acordo com Dessen e Ramos (2010), estudos evidenciaram que crianças menores, em idade pré-escolar entre quatro e seis anos, caracterizam sua família por aspectos mais concretos como a composição familiar, a existência de filhos, o casamento entre os

pais, o fato de residirem na mesma casa, bem como citam mais os cuidados que os filhos recebem dos seus genitores. À medida que as crianças possuem mais idade, utilizam-se de uma linguagem mais generalizada e de noções abstratas mais complexas. Muitas vezes definindo o que seria família sem considerar as próprias condições reais em que vive. Visto que, parecem basear-se mais em um conceito do que seria a família ideal.

Porém, como crianças vítimas de Negligência Infantil Familiar (NIF) constroem esse conceito? Afinal esta pode ser definida como sendo a omissão das relações interpessoais e de comportamentos de cuidado ou proteção das primeiras figuras significativas de um filho – seus pais (Tironi, Colacique & Tardivo, 2010, 2011).

Em outras palavras, a NIF pode ser considerada como uma não adaptação ativa do ambiente às necessidades da criança. Caracterização esta que permitiu que as consequências ou danos dessa violência passassem a ser considerados a partir da teoria do Desenvolvimento Emocional de D.W. Winnicott.

Desse modo, o objetivo do presente trabalho consistiu em compreender o conceito de família construído por crianças entre quatro e seis anos vítimas de Negligência Infantil Familiar, a partir do Jogo das Relações Intrafamiliares (JRI), instrumento ainda inédito no Brasil, desenvolvido pela Psicóloga argentina, a Profa Dra Rosa Inês Colombo (2009).

MÉTODO

Para atender os objetivos do presente estudo, o método utilizado foi o Estudo de Casos Múltiplos (Yin, 2010), baseado no referencial analítico winnicottiano.

Participantes

Participaram da pesquisa dez crianças que sofreram Negligência Infantil Familiar, podendo estar associada a outro tipo de violência doméstica ou não. Todas as crianças tinham entre quatro anos completos e seis anos e onze meses e pertenciam ao mesmo nível socioeconômico. Poderiam estar morando com suas famílias ou encontrar-se em situação de acolhimento institucional, enquanto medida de proteção, de acordo com o

Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990). Estas crianças deveriam estar inseridas em instituições especializadas no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. E a Negligência Infantil Familiar deveria estar comprovada por instituições como o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude. Os pais ou responsáveis autorizaram a participação das crianças por meio de assinatura em Termo de Consentimento e, à criança ficava garantida a sua participação somente se a mesma aceitasse efetuar as atividades propostas.

Cada criança participou de dois encontros, sendo que apenas no segundo encontro foi utilizado o Jogo das Relações Intrafamiliares. Cada sessão tinha tempo médio de 45 minutos.

Instrumento e Procedimento

O Jogo das Relações Intrafamiliares (JRI), desenvolvido por Colombo (2009), pesquisadora argentina, como uma variação do Teste de Desenho da Família, consiste em um quebra-cabeça onde as peças representam figuras parentais, e outras figuras de diferentes idades e sexo, desenhado em peças do mesmo tamanho, que podem ser montadas em uma tábua com espaços vazios para colocá-las separadamente. Permite a avaliação das relações familiares e os laços de parentesco de crianças vítimas de violência doméstica. Além do mais, pode se caracterizar como um mediador entre a criança e o psicólogo que possua dificuldades em se expressar por meio de desenhos e/ou de falar sobre a situação traumática vivida, como é o caso de crianças pequenas e/ou crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, visto que estas possuem uma grande resistência para falarem de suas relações familiares, que se configuram no cenário da violência sofrida (Toledo, Tironi & Tardivo, 2013).

O material descrito é apresentado à criança, com a seguinte orientação: “Vou lhe mostrar um jogo de encaixe e uma série de personagens. Escolha as peças que você quiser e monte uma família”. A criança dispõe do tempo necessário para concluir a tarefa, sendo que, após a construção da primeira família, realiza-se o seguinte inquérito: por que é uma família?; quem é a pessoa boa dessa família?; quem é a pessoa que não é tão boa nessa família?; quem está mais feliz?; quem está mais triste?; de quem gostam mais?; de quem gostam menos?; se você tivesse que escolher alguém dessa família, quem seria? Por

quê? (Colombo, 2009, p.15).

Após o inquérito, as peças são recolhidas e pede-se à criança que monte outra família. Se a primeira família construída pela criança for a própria família, após o recolhimento das peças, se solicita que construa uma família qualquer, e vice-versa. O mesmo inquérito é realizado após a construção da segunda família.

Para atender o objetivo do presente estudo só será analisada a primeira resposta do inquérito – Por que é uma família? – e somente para a família real construída pela criança.

Sobre o "Conceito de família", os indicadores analisados foram: adequado, confuso ou não sabe. Como adequado, foram aceitos respostas que fizessem referência aos integrantes da família, a sua história, que demonstrasse relações de consanguinidade, convivência, afetividade entre os membros, união e/ou provisão das necessidades básicas (Colombo, 2009).

Já o conceito de família confuso ou incompleto, estaria relacionado com uma resposta vaga, podendo ser expressa pela dificuldade da criança em diferenciar as personagens da família, das personagens do entorno, ou quando a criança não consegue identificar claramente os sentimentos de valorização em relação às personagens elegidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enquanto a resposta dada à pergunta "Por que é uma família?" e a partir dos indicadores estipulados por Colombo (2009), para a análise dessa categoria – Adequado, Confuso e Não Sabe, pode ser observado a seguinte frequência na qualidade das respostas das dez crianças: uma criança respondeu de modo adequado, seis respondeu de modo confuso ou incompleto, duas disseram não saber por que aquela composição seria uma família e uma criança se recusou a participar do jogo.

Pelo fato deste trabalho ser um recorte de uma pesquisa maior, não foram analisados, em profundidade, todas as respostas dos casos apresentados. Assim, optou-se por analisar mais detalhadamente o Jogo de três crianças vítimas de Negligência Infantil Familiar que produziram respostas de qualidades diferentes para a pergunta analisada, de acordo com o referencial estabelecido por Colombo (2009): adequada, confusa e não sabe. Aqui foi

analisada a situação da criança que não quis participar do jogo, visto que para compreender sua recusa, seria necessário analisar também o conteúdo emergente na primeira sessão a qual a criança participou, o que não faz parte do objetivo deste trabalho.

Vale ressaltar que na avaliação da resposta para a pergunta acima, também se analisou se a criança apresentou dificuldades em diferenciar as personagens da família, das personagens do entorno, ou se conseguiu identificar claramente os sentimentos de valorização em relação às personagens elegidas. Desse modo, mesmo se a resposta da criança pudesse, em um primeiro momento, ser classificada como adequada, mas se a mesma falhasse em um dos outros critérios, a sua resposta seria classificada como confusa.

A primeira criança, Fernanda, tinha quatro anos e um mês e produziu como resposta à pergunta Por que é uma família?: “porque é a minha família” [sic]. Esta poderia ser considerada adequada, por expressar relação de união, porém a criança não conseguiu identificar o gênero nas peças do jogo, nem tampouco definir o papel que cada uma das personagens representava nessa família. Por isso, sua resposta foi classificada como confusa.

Fernanda estava em Casa de Acolhimento, juntamente com seu irmão de um ano, já fazia cinco meses, devido a Negligência Infantil Familiar. Os pais eram usuários de drogas e uma semana antes do ocorrido, a genitora abandonou às crianças com o marido. Mesmo quando ainda na presença da mãe, a casa onde a família morava era usada, no período da noite, por outras pessoas, com o consentimento dos pais, para o consumo de drogas. Nestas ocasiões, as crianças ou compartilhavam o mesmo ambiente dos usuários ou ficavam a noite inteira sozinhas, trancadas em um dos cômodos da casa, sem nenhum tipo de supervisão. Ficou constatado, pelos técnicos da instituição, que era Fernanda quem cuidava de seu irmão mais novo, no que tange à alimentação e cuidados mínimos de higiene. E era a própria criança quem garantia sua alimentação, de maneira muita precária, comendo aquilo que tinha acesso na casa. A criança sofria Violência Física e havia a suspeita de Violência Sexual. Assim, pode-se pensar que de fato a criança representou sua família no jogo por meio daquele conjunto de personagens, as quais ela não conseguia diferenciar nem por sexo nem por função, visto que era a própria criança quem garantiria a sua provisão de alimento, higiene e proteção, bem como a do seu irmão mais novo. Desse modo, desconhecia, na prática, o que é considerado como um conceito

adequado de família, ou seja, um lugar de proteção, supervisão e provedor das necessidades básicas de uma criança em desenvolvimento biopsicossocial.

O mesmo pode ser observado na resposta da criança Sabrina, de seis anos e quatro meses, que disse não saber por que aquele conjunto formava uma família; produzindo a resposta: “Não Sei” [sic]. Sabrina foi encaminhada para a instituição especializada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, por ter sofrido Violência Sexual por um tio que vivia em sua casa, junto com sua família. Apesar dos pais terem certeza da ocorrência da violência sexual e terem, inclusive, realizado a denúncia, esses expressavam certa dúvida com relação à culpa do parente, pois em seus relatos, várias vezes, aparecia a afirmação de que a criança sempre buscava estar perto desse tio e que não sabiam o que “ela estava procurando com isso” [sic]. No decorrer do acompanhamento da família pela instituição, percebeu-se que a criança sofria também Negligência Infantil Familiar. Não havia um acompanhamento escolar adequado, sendo delegado à criança a escolha de ir para a escola ou não, nem uma preocupação com sua saúde, não levando à mesma para as consultas de acompanhamento pediátrico necessárias, tampouco havia uma preocupação nas relações interpessoais dos pais com a criança. Estes alegavam que a filha era muito tímida e que por isso a deixavam “sossegada” [sic]. Na construção da família real, Sabrina colocou a peça que a simbolizava ao lado de um homem que ela não soube identificar quem seria em sua família, apesar de tê-lo caracterizado como mau. As peças que simbolizavam seus pais ficaram localizadas longe da criança. Pode-se inferir que o homem chamado de “mau” seria o seu agressor sexual e que a disposição das personagens na família construída poderia estar representando o lugar que a criança sentiria como sendo o único possível de ocupar. A partir do dado de que uma das características de um abusador sexual é a sedução, e que, para a criança vitimizada, há confusão entre afeto, cuidado e o abuso sexual (Pinto Júnior, 2005), pode-se pensar em quanto isso se torna mais intenso quando a criança é negligenciada, ou seja, onde há omissão de relações interpessoais e comportamentos de cuidados, como ocorre Sabrina. Dessa forma, buscar esse contato talvez seja a única forma de Sabrina se sentir pessoa, amada e até se sentir dentro de seu próprio corpo. Pois, de acordo com Winnicott (1957/1989), esse sentimento só é possível por meio de relações interpessoais afetivas e de cuidado, onde as necessidades da criança possam ser acolhidas e atendidas. Nesse sentido, tornou-se claro que Sabrina não sabia o que torna um aglomerado de pessoas uma família. Visto que, aqueles que deveriam dar sentido para esse conceito, seus pais, não lhe enxergavam, e aquele

homem que ela não conseguia representar qual seria o seu papel, apenas o caracterizando como malvado, era a única pessoa que parecia saber de sua existência, mesmo que o seu olhar oferecesse perigo e seu comportamento pudesse lhe machucar profundamente.

Mariana, de 5 anos e 7 meses, institucionalizada, há três anos, por motivo de Negligência Infantil Familiar, foi a única criança desse grupo que ofereceu uma resposta adequada sobre o conceito de família: “Eles se amam e tem que se unir” [sic]. Mariana possuía cinco irmãos, todos institucionalizados na mesma instituição em que se encontrava. Sua mãe e seu pai estavam envolvidos com o tráfico de drogas, sendo que ambos encontravam-se presos por tal delito. Os pais estavam separados. O genitor foi caracterizado, pelos técnicos do abrigo como um homem muito violento e impulsivo. A mãe das crianças, depois de ter saído do presídio, não conseguiu se organizar para obter a guarda dos filhos, estando envolvida com outro homem que não os aceitava. Desse modo, a mãe alegava que não iria romper seu relacionamento para estar com as crianças. Assim, apesar de uma realidade de total abandono por parte de seus pais, pode-se pensar que, por estar institucionalizada há três anos e junto com todos seus irmãos, Mariana ao mesmo tempo em que passou a receber cuidados mais adequados, teve a sua relação, com seus irmãos, preservada. Deste modo, pode construir um conceito de família idealizada, onde os pais se amam e precisam estar juntos. Isso parece refletir o fato de ter entrado em contato com uma realidade onde pode ser vista enquanto pessoa de direitos e ter suas necessidades, mesmo que somente as básicas, atendidas.

CONCLUSÕES

A família representa um papel central no modo como as crianças irão construir suas futuras relações interpessoais. Por isso, ao se pensar nas primeiras relações de uma criança vítima de Negligência Infantil Familiar, torna-se importante buscar a compreensão de como elas constroem o conceito de família. Este além de refletir a qualidade das primeiras relações vivenciadas pela criança, também evidencia seus recursos para a construção de novas relações interpessoais.

Nesse sentido, o presente trabalho, a partir do Jogo das Relações Intrafamiliares, constatou que essas crianças, em sua maioria, não conseguem construir um conceito

adequado de família visto que, em sua própria experiência, a família real se mostrou confusa e inadequada, quando não incompreensível. Afinal, as figuras que deveriam garantir um ambiente acolhedor e seguro; que deveriam estar disponíveis para atender as necessidades físicas e emocionais da criança, são as figuras que impõem uma ruptura em seu desenvolvimento emocional. Pois, ao não enxergá-las, ao machucá-las ou até mesmo ao transformá-las em objeto, refletem uma imagem onde essas crianças não podem se reconhecer, pois o que elas necessitam não pode ser encontrado nesse ambiente familiar.

REFERÊNCIAS

Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Editora REIVINTER.

Colombo, R.I. (2009). Juego de Interrelaciones Familiares: aplicación clínica y em evaluación. 2º Edición. Vicente López: Cauquen Editora.

Dessen, M.A. & Ramos, P.C. (2010, set/dez). Crianças Pré-Escolares e suas Concepções de Família. *Paidéia*, *20*(47), 345-357.

Dias, E.O. (2012). *A Teoria do Amadurecimento de D.W. Winnicott*. 2ªEd. São Paulo, SP: DWW Editorial.

Faco, V.M.G. & Melchiori, L.E. (2009). Conceito de Família: adolescentes de zonas rural e urbana. In.: T.G.M. Valle, (org.). *Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções*. (pp.121-135, Scielo Books) São Paulo: Cultura Acadêmica.

Lei Federal n°8069, de 13 de julho de 1990 (1990, 16 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). *Diário Oficial da União*, seção 1.

Lei Federal n°10.406, de 10 de janeiro de 2002 (2002, 11 de janeiro). Dispõe sobre o Código Civil Brasileiro. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Petzold, M. (1996). The psychological definition of “the family”. M. Cusinato (Org.). *Research Family: Resources and needs across the world* (pp.25-44). Milão: LED-Edicioni Universitarie.

Pinto Júnior, A.A. (2005). *Violência Sexual Doméstica contra Meninos: um estudo fenomenológico*. 1ª Ed. São Paulo: Vetor Editora.

Tironi, C.M.R., Colacique, M.A.M., & Tardivo, L.S.C. (2011). O Brincar de uma Criança Abrigada por Negligência no Processo Psicoterapêutico. In: L.S.C. Tardivo, & T. Vaisberg (Orgs.). *Anais da IX Jornada Apoiar- Violência Doméstica e Trabalho em Rede: Compartilhando Experiências- Brasil, Argentina, Chile e Portugal* (pp. 347-357). São Paulo: IPUSP.

Tironi, C.M.R., Colacique, M.A.M., & Tardivo, L.S.C. (2010). As Relações entre Negligência e Tendência Anti-Social: Dificuldades no Processo Psicoterapêutico. In: L.S.C. Tardivo, & T. Vaisberg (Orgs.). *Anais da VII Jornada APOIAR - Promoção de Vida e Vulnerabilidade Social na América Latina: Reflexões e Propostas* (pp.95-106). São Paulo: IPUSP.

Toledo, E.H., Tironi, C.M.R., & TARDIVO, L.S.C. (2013). O Jogo das Relações Intrafamiliares com Crianças Vítimas de Violência Doméstica: uma apresentação teórico-metodológica. In: L.S.C. Tardivo, & T. Vaisberg (Orgs.). *Anais da XI Jornada APOIAR: adolescência: identidade e sofrimento na clínica social* (pp.241-252). São Paulo: IPUSP.

Winnicott, D.W. (1957). A Contribuição da Mãe para a Sociedade. In.: D.W. Winnicott, *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, pp.97-100 (1989).

Winnicott, D.W. (1967). O Conceito de Indivíduo Saudável. In.: D.W. Winnicott, *Tudo Começa em Casa.* São Paulo: Martins Fontes, pp.17-30 (1989).

Winnicott, D.W. (1970). A Dependência nos Cuidados Infantis. In.: D.W. Winnicott, *Os Bebês e Suas Mães*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, pp.73-78 (1999).

Winnicott, D.W. (1997). *A Família e o Desenvolvimento Emocional Infantil*. São Paulo: Martins Fontes.

Wonsttret, L.E., Tulio, E.C., Thiessen, E., Centa, M.L, & Stefanelli, M.C. (2000, jan/jun). Conceito de Família para Crianças de 9 a 12 anos. *Fam. Saúde Desenv, 2*(1), 66-71.

YIN, R.K.(2010). *Estudo de Caso – planejamento e métodos*. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman Cia Editora LTDA.

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO DE FRASES NA IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTEXTO PORTUGUÊS [41]

MARIA APARECIDA MAZZANTE COLACICCO [42]

RUI PAIXÃO [43]

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO [44]

Resumo: Este artigo apresenta dados resumidos de um estudo de identificação sobre violência infantil e de adolescentes realizado em Portugal do Inventário de Frases da Identificação da Violência Doméstica - IFVD (Tardivo e Pinto Júnior, 2010). Esse inventário é destinado ao diagnóstico da ocorrência de violência física e sexual entre crianças e adolescentes (de 6 a 16 anos de idade) e é composto por 57 frases (47 relacionados aos possíveis efeitos da violência doméstica e 10 nulas). Foram feitas atualizações das referências bibliográficas. A amostra foi composta por 136 participantes, sendo 47,1% do sexo feminino e 52,9% do masculino, com idades entre 7 e 16 anos (M= 12,21; DP= 2,43) e divididos em dois grupos: controle (sem suspeita de vitimização) e clínico, composto por vítimas de abuso sexual, físico ou ambos. Foram aplicados a todos os sujeitos o IFVD, o Questionário de Depressão Infantil (CDI) e o "O que eu penso e o que eu sinto" (RCMAS). Foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no total do instrumento (médias nos dois grupos e valor de p) e nos conjuntos de frases que se referem aos transtornos (Médias e p). São apresentadas as comparações dos resultados nos instrumentos, os quais foram submetidos a tratamento tendo-se encontrado diferenças significativas entre os dois grupos no IFVD (e o p da significância foi a 0,01 e 0,05) no total do instrumento e nos conjuntos de frases que se referem aos transtornos.

Concluímos este projeto, tendo contemplado os objetivos propostos, tendo sido comprovada a identificação do IFVD no contexto português, assim como é no brasileiro.

[41] Projeto financiado: FAPESP- Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo. n. 2013/004765.
[42] Psicóloga da Clínica Psicológica do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP.
[4] Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo-USP
[3] Professor Associado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.

Palavras Chaves: Violência doméstica, crianças, adolescentes, instrumentos psicológicos; abuso sexual, maus tratos.

INTRODUÇÃO:

Considerando que a violência doméstica contra crianças e adolescentes vêm sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública em todos os países, tendo em vista as diversas pesquisas epidemiológicas (de incidência e de prevalência) na área da violência; considerando que sua identificação, notificação e abordagem apresentam inúmeras dificuldades em função de ser um fenômeno que se manifesta de forma sigilosa, e por estar envolvida por dispositivos de velamento ideológicos que a ocultam; e considerando que o enfrentamento eficaz deste problema social exige a compreensão e sistematização nos passos para identificar a ocorrência da violência doméstica nas famílias, foi proposto o projeto de pesquisa cujos resultados são resumidamente apresentados, desenvolvido em Portugal, com avaliação e aceitação de dois pareceristas da Universidade de Coimbra.

Essa pesquisa objetivou a adaptação e validação do instrumento adaptado e padronizado no contexto brasileiro por Tardivo e Pinto Junior (2010), que se refere à tradução e adaptação do Instrumento argentino “Abuso y Maltrato Infantil: Inventário de Frases” de Agosta, Barilari e Colombo (2001, 2005). Dessa forma, o presente projeto visou levantar indicadores, por meio desse instrumento, de vitimização física e sexual em crianças e adolescentes, junto à população portuguesa.

Parte das referências foi consultada no relatório técnico da pesquisa de Tardivo (2009), sobre a padronização do Inventário de Frases no Brasil[45], mas descrevemos também publicações realizadas em outros países, no Brasil e em Portugal no período de 2008 a 2014. Foram levados em conta alguns artigos de anos anteriores que se fizeram relevantes para este estudo. É possível verificar que há uma intensa produção nessa temática. Apresentamos, a seguir, alguns dos trabalhos encontrados que tratam de serviços, de programas de prevenção e outros aspectos correlacionados.

Se o primeiro grande paradoxo que envolve a violência intrafamiliar é o fato de a criança ser vitimizada na instituição social incumbida de educá-la e protegê-la, o segundo paradoxo é a constatação de que a violência doméstica contra crianças e adolescentes são ainda menos notificadas pelos profissionais que, por força da lei (ECA, 1990) e da ética profissional, estariam obrigados a registrá-la. Azevedo e Guerra (1995) constataram, em pesquisas realizadas em São Paulo e Campinas, no início da década de 90, que as

[45] Processo FAPESP no. 06/56308-0

maiores fontes de denúncias são predominantemente de vizinhos e/ou telefonemas anônimos e que os profissionais das instituições de saúde e de educação são as fontes menos frequentes de notificação.

Echeburúa e Guerricaechevarría (2002), através dos estudos perceberam que são primordiais as necessidades de investigação e tratamento das pessoas agressivas, das famílias, e dos jovens que sofreram ou ainda tem por perto esse tipo de problema, como uma forma de refrear a problemática em questão.Devaney (2008) aborda o fenômeno no Reino Unido, apontando que se estima que até um milhão de crianças possam ter sido expostas à violência doméstica nesse país, o que traz importantes consequências para o desenvolvimento social e emocional na infância e na idade adulta. O autor fala dos serviços nesse país, que tem desenvolvido estratégias para combater a violência doméstica. O trabalho relata os resultados de um estudo realizado em crianças que vivem essa situação e identifica as características das crianças e suas famílias. Os dados do estudo apontam que os profissionais têm uma consciência de violência doméstica, e que crianças com pais mais jovens são mais atendidos por períodos prolongados no sistema de proteção infantil. Traz também as considerações, como em outros estudos, de que a violência doméstica co-existe em famílias que enfrentam outras dificuldades, como abuso de substâncias e outras dificuldades socioeconômicas. Conclui argumentando que a política governamental e os profissionais deverão desenvolver intervenções profissionais enfocando, os homens adultos, em especial, que podem ter mais dificuldade em assumir a responsabilidade por seu comportamento e as consequências para as suas famílias.

Colacique (2008) relatou um estudo que mostrou a família como célula de integração entre os indivíduos, especialmente de proteção e afeto frente às crianças, porém, pode haver situações onde o que ocorre nesse âmbito familiar pode se tornar um caso de polícia, acarretando dor, desespero e insegurança comprometendo o próprio futuro e as consequências desse desamparo são evidentes na atuação dentro da sociedade.
Há Blog em Portugal[46], foi desenvolvido para identificar as dificuldades sobre o tema de violência que acontece nas escolas e em geral as crianças e adolescentes trazem indícios da família. Violência e Escola: Um projeto para o “Concelho de Coimbra” tem os seguintes

[46] http://grupoviolenciaescola.blogspot.com

objetivos: a) Promover a cidadania; b) Estimular uma discussão alargada da problemática da violência; c) Sensibilizar e mobilizar a comunidade em geral; d) Reforçar a importância do trabalho em rede; e) Sinalizar, intervir e prevenir; f) Reduzir o impacto das violências na vida da comunidade.

Redondo, Morais e Baptista (2012), fazem parte do Grupo de Violência Escola em Portugal e desenvolveram um trabalho junto professores das escolas com questionários, como uma forma de sensibilizá-los para o problema. Nesse trabalho relatam que a Violência Doméstica / Familiar (VD), atinge a) crianças, adolescentes, mulheres e idosos; b) Constitui uma violação e limitação dos direitos humanos; c) Acontece em todos os estratos e setores da sociedade; d) produz considerável sofrimento e consequências negativas para a saúde ao nível do bem-estar geral, psicológico, físico ou social, bem como do desenvolvimento individual. Estas estratégias visam à complexidade do problema, muitas vezes envolto no silêncio (não havendo respostas fáceis, mas que urge combater em tempo útil). As consequências das estratégias poderão emergir, entre outros, no contexto escolar e visando contribuir para a implementação de respostas mais rápidas e adequadas, a par de uma identificação / sinalização mais precoce das situações- surge o presente projeto de investigação. O estudo foi importante para identificar as necessidades especificas e obter maior compreenssibilidade sobre conceitos e perspectivas acerca de Violência Familiar de profissionais em contexto escolar e também para se obter um conhecimento mais aprofundado de contexto privilegiado para Identificação / prevenção / intervenção de situações de Violência Familiar.

Alberto, Paixão e Alarcão (2012) no livro de Redondo, na "Apresentação do Grupo Violência: Informação, Investigação e Intervenção" (Capítulo III) relatam a trajetória de integração da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) com o Grupo de Violência. A reflexão sobre as necessidades e vicissitudes da avaliação e apoio a vitimas de violência familiar foi o motor que congregou neste grupo, durante vários meses, diferentes profissionais da área psicossocial. Um pouco à semelhança da rede secundária que o Grupo V!!! hoje entende como vital para enquadrar uma atuação que vise responder, de forma séria e útil, ao problema da violência, também aquele pequeno núcleo de pessoas foi se ampliando e organizando. O primeiro núcleo foi fundamental para começar a estabelecer uma matriz de pensamento, discutir conceitos e afinar terminologias. A violência doméstica é um fenômeno complexo para o qual é absolutamente indispensável uma resposta interdisciplinar. A violência é em si mesma suficientemente destruidora pelo que as respostas devam ser consistentes e

articuladas. Essa foi a primeira razão para que o grupo inicial, qual rede secundária informal, se formalizasse e se expandisse. Progressivamente, passaram a estarem presentes profissionais e instituições das áreas da saúde, do social, da justiça, da educação e das forças de segurança. Os docentes da FPCE.UC que têm integrado este grupo fazem-no por entenderem que é no cruzamento de olhares, de saberes e de investigações que se constroem formas cada vez mais adequadas e úteis de dar resposta ao problema. Problema que atinge um aspecto cada vez maior de pessoas e contextos, apesar de ser cada vez mais sinalizado como um comportamento intolerável. A desprivatização da violência familiar, o caráter público do crime, a sensibilização da opinião pública são passos importantes no controle do problema. Mas tensões várias e o déficit na gestão das necessidades e direitos individuais e coletivos fazem da violência uma resposta fácil face aos desafios do poder. Torna-se, por isso, um desafio e uma obrigação investigar e refletir sobre a forma como melhor responder ás necessidades de vítimas, agressores e famílias, de modo a apoiar percursos de mudança, e às necessidades da sociedade de forma a potenciar quotidianos mais seguros e igualitários.

Objetivos:

O OBJETIVO GERAL INCLUIU A REALIZAÇÃO DE ESTUDOS DO INVENTÁRIO DE FRASES NA IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES – IFVD (TARDIVO & PINTO JUNIOR, 2010), NUMA AMOSTRA PORTUGUESA.

Os Objetivos Específicos foram os seguintes: 1) Proceder à adaptação do Inventário de Frases à realidade cultural portuguesa; 2) Estudar a aplicabilidade e a eficiência desta prova em crianças portuguesas, verificando se seus resultados discriminam as crianças do grupo de vitimização e do grupo controle; 3) Contribuir para o estudo da vitimização e violência em Portugal, trazendo um instrumento que poderá ser uma ferramenta útil, favorecendo a identificação o mais precoce possível.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Os dados estão na tabela 1

Tabela 1. Distribuição em função da idade e sexo.

Idade	Feminino	Masculino	Total

	N	%	N	%	N	%
7	1	1,6	3	4,2	4	2,9
8	6	9,4	2	2,8	8	5,9
9	4	6,3	4	5,6	8	5,9
10	3	4,7	10	13,9	13	9,6
11	15	23,4	8	11,1	23	16,9
12	5	7,8	7	9,7	12	8,8
13	7	10,9	15	20,7	22	16,2
14	8	12,5	9	12,5	17	12,5
15	8	12,5	10	13,9	18	13,2
16	7	10,9	4	5,6	11	8,1
Total	64	47,1	72	52,9	136	100,0

Pode-se observar que a amostra foi composta por 136 participantes, sendo 47,1% do sexo feminino e 52,9% do masculino, com idades entre 7 e 16 anos (*M*= 12,21; *DP*= 2,43) e divididos em dois grupos: controle e clínico, sendo que este último foi composto por vítimas de abuso sexual, físico ou ambos e o primeiro por sujeitos sem suspeita de vitimização

INSTRUMENTOS

IFVD

Houve necessidade de algumas mudanças do Inventário de Frases que se restringiram a adequações linguísticas, uma vez que foram seguidos os processos de tradução e adaptação para a língua portuguesa realizada por Tardivo e Pinto Junior (2010). Essas mudanças foram feitas com a aprovação de Tardivo e de Colombo.

As frases do Inventário estão relacionadas à experiência de violência doméstica, e, portanto se referem aos transtornos decorrentes da experiência de vitimização. As frases foram proferidas por crianças e adolescentes vítimas, e assim se relacionam aos possíveis efeitos e não a situação da violência . Oo crivo de apuração traz se a mesma vale 1 ou 0 , e a que transtorno (emocional, fisico, cognitivo, comportamental e social . Assim algumas frases recebem 1 (um) se a resposta é Não (como na frase 1 ou na frase 12); e em outras se dá 1 ponto se a resposta é SIM, e há 11 frases nulas, que recebem

zero (0); tais frases nulas têm a finalidade de auxiliar na aplicação do instrumento levando a uma certa tranquilização durante a aplicação.

Assim, o total possível no inventário é 47 pontos, sendo que as frases decorrem da experiência de violência doméstica, não fazendo referência direta as que se referem aos transtornos associados.

"CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY"- CDI

É uma escala que é respondida pela própria criança e adolescente, e nesse projeto, essas respostas serão lidas e solicitadas pela pesquisadora. O questionário foi elaborado por Kovacs (1983), e validada em nosso meio por Barbosa, tendo como ponto de corte 17 (para indicar presença de depressão). Essa nota indicou a presença do quadro clínico de depressão na amostra que esse autor trabalhos. É importante considerar que o CDI é composto por frases que se referem a sintomas (cognitivos e afetivos) depressivos Dessa forma, mesmo com nota inferior a 17, a pontuação nesse questionário revela uma grau de sofrimento , ainda que não se refira à enfermidade classificada como depressão, por profissionais qualificados.Cada uma das afirmações corresponde a um sintoma de depressão, a criança pontua de 0 a 2 para cada item, de menos à maior intensidade.

Revised Children's Manifest Anxiety Scale " *O que eu penso e o que eu sinto*"- RCMAS.

Em estudo de Gorayeb e Gorayeb(2008) sobre o uso do RCMAS no Brasil tem-se a descrição da escala. RCMAS é é o resultado da revisão psicométrica da *Children's Manifest Anxiety Scale* (CMAS) cuja finalidade foi de atualizar as expressões inglesas e tornar a escala mais fácil de ser aplicada, sem perder as qualidades psicométricas do instrumento (Castaneda, McCandless, & Palermo, 1956).

A Validade de Constructo do instrumento foi avaliada por meio de Análise Fatorial por Rotação Varimax na qual se obteve três fatores para a escala de ansiedade (Reynolds & Richmond, 1979, apud Gorayeb e Gorayeb(2008). Reynolds e Paget (1983) analisaram os fatores da escala completa, incluindo a escala de mentira, em uma amostra representativa de 4.972 crianças Norte-americanas encontrando resultados que apoiaram o estudo anterior. È composta por 37 frases, relacionadas a ansiedade e divididas em 8 fatores. Os autores (Gorayeb e Gorayeb, 2008) concluem que a escala "O Que Penso e Sinto" é útil para os profissionais em saúde mental como instrumento de triagem para

sintomas de estresse e ansiedade infantis em sua prática clínica ou pesquisas, como no caso com vítimas de violência doméstica.

ENTREVISTA

Foi desenvolvida uma Entrevista Clínica para a coleta de dados das Vitimas de Violência, bem como de seus familiares e/ou outras pessoas que as estavam acompanhando na presente data da aplicação dos Instrumentos, inclusive as gestoras dos abrigos aos quais estavam internados.

Foram desenvolvidos (2) dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para cada grupo de sujeitos. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Vítimas de Violência e outro para o Grupo de Controle.

Dos 36 contatos que foram realizados em Instituições, tanto para o Grupo Clinico como para o Grupo Controle, foram conseguidos apenas 11 efetivados para a aplicação do Inventário de Frases, que são descriminados apenas por Instituições Públicas e Instituições Particulares, ou Contatos Pessoais. Optou-se dessa forma, com o intuito de preservar a identidade das Instituições, bem como de seus participantes e familiares.

O estudo foi desenvolvido com crianças e adolescentes que viviam há mais de 6 (seis) anos em Portugal.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As comparações realizadas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, tanto para o total de pontos do IFVD quanto para os totais de cada um dos transtornos, com exceção dos transtornos *Cognitivo* e *Físico* quando se considera o total da amostra (grupo clínico e grupo controle) Percebeu-se, ainda, que em todos os casos as médias do grupo clínico foram maiores do que as do controle. Estes resultados indicam que o instrumento foi capaz de diferenciar os dois grupos na amostra estudada o que pode ser considerada uma evidência de validade de critério para o inventário.

abela 2. Comparações entre as médias do total de pontos do IFVD e os totais de cada transtorno para os grupos controle e clínico.

Transtornos		Controle N= 64	Clínico N= 72	Total N= 136	F	Sig.
Cognitivo	Média	1,67	2,18	1,94	4,155*	0,043
	DP	1,21	1,64	1,47		
Emocional	Média	2,63	4,85	3,80	19,977**	0,000
	DP	2,34	3,31	3,09		
Social	Média	1,27	1,93	1,62	16,849**	0,000

	DP	0,78	1,07	1,00		
Comportamental	Média	3,11	4,61	3,90	13,924**	0,000
	DP	2,04	2,58	2,45		
Físico	Média	0,28	0,61	0,46	10,728**	0,001
	DP	0,52	0,64	0,61		
Total	Média	8,95	14,18	11,72	24,084**	0,000
	DP	4,90	7,16	6,71		

** Significantes a.001

* Significantes a.05

A análise da Tabela 1 mostra que, quando se comparam os resultados dos grupos de controle e clínico, foram observadas diferenças estatisticamente significantes tanto para o total de pontos do inventário quanto para os totais de cada um dos transtornos avaliados. Em todos os casos as médias do grupo clínico (com queixa de violência) foram maiores do que as do grupo controle.

Os resultados permitiram constatar que as médias do grupo clínico foram maiores que o de controle em todas as situações investigadas, tanto quando são consideradas a pontuação total no instrumento quanto nos totais por transtorno associado (Cognitivo, Emocional, Social, Comportamental e Físico).

Como no estudo brasileiro (Tardivo & Pinto Jr, 2010) foram realizados estudos de validade: citamos as autoras do Instrumento que trazem a definição de validade de conteúdo a partir de Nunnaly (1970, apud Agosta, Barilari e Colombo, 2005). Essas autoras trazem a definição de Nunnaly: “A validade de conteúdo decorre de juízos de experts sobre a correção com que um instrumento concreto abrange um conteúdo, mas há formas empíricas que auxiliam nesse juízo” (p. 16). As autoras consideram que partir dessa definição essa prova conta com validade de conteúdo, uma vez que está baseada na literatura sobre o tema e na experiência clínica foram selecionadas as frases que respondem a transtornos associados ao abuso sexual e à violência física. Dessa forma, como a tradução foi cuidadosa e também os *experts* deram seu parecer, incluindo a autora do instrumento, podemos como elas, falar de evidências de validade de conteúdo nessa prova.

Se buscarmos a definição de validade de conteúdo de Anastasi, (1977), também observamos que esse tipo de validade tem a ver com o exame sistemático do conteúdo do teste, a fim de se verificar se os itens representam o comportamento a ser avaliado. Dessa maneira, o IFVD sendo composto por frases simples proferidas por crianças e adolescentes que estão submetidas à violência doméstica, e que se referem aos

transtornos relacionados e decorrentes dessa experiência, podendo assim chegar a essa mesma conclusão pela evidência de validade de conteúdo.

As autoras do Inventário de Frases (Agosta, Barilari e Colombo, 2005), assim como os pesquisadores brasileiros (Tardivo e Pinto, Jr., 2010) também apontam que o Inventário de Frases tem validade de constructo, ou de conceito. Chegam a essa conclusão partindo da definição de Nunnaly (1970, apud Agosta, Barilari e Colombo, 2005):

> "Delinear um constructo consiste em essência em enunciar o que se quer dizer com determinadas palavras (...), o delinear em geral se limita a uma definição da qual se relaciona a palavra que designa o constructo com palavras de um nível mais baixo de abstração" (p.16).

Anastasi (1977) afirma que a validade de constructo ou de conceito é à medida que um teste mede um conceito teórico ou um traço, sendo também passível de avaliação. Nesse sentido ao se obter as diferenças significantes no desempenho do grupo vítima de violência doméstica do grupo de crianças sem suspeita, no total e em cada um dos transtornos, pode-se colocar que há evidências desse tipo de validação. Por todas essas considerações, podemos deixar claro que o IFVD apresenta validade, sendo esse um dos objetivos do presente estudo.

Apesar dos resultados obtidos tanto no estudo piloto quanto na pesquisa de validade ora apresentada, deve-se fazer uma observação e destacar um cuidado a ser tomado no emprego do IFVD, tanto no Brasil como em Portugal. Não se pode afirmar que os resultados aqui obtidos e descritos apresentam uma segurança absoluta de que uma criança (adolescente) que tenha desempenho semelhante aos dados por crianças (adolescentes) vítimas de violência doméstica, sem ter nenhum outro dado diagnóstico, é com certeza vítima dessa situação. Sendo assim, o instrumento não deve ser empregado às cegas e nem foi para isso criado e por nós adaptado.

Dessa forma, o IFVD é um instrumento útil e auxiliar, pois se mostrou muito capaz de discriminar entre crianças/adolescentes vítimas de violência doméstica das sem essa suspeita, tendo apresentado, assim, a identificação prévia. Deverá, entanto, ser usado somente em casos onde há uma suspeita por profissionais capacitados.E o IFVD deverá ser aplicado em crianças/adolescentes, na faixa etária de 06 a 16 anos, que revelam indícios ou indicadores de vitimização doméstica (física e/ou sexual), contudo em um

contexto mais amplo de diagnóstico social e psicológico, como já apontado anteriormente, como mais um instrumento útil para esta tarefa.

De qualquer forma, O IFVD discriminou os dois grupos tanto no Brasil como em Portugal, e esse dado é o mais relevante.

Verificou-se, que os testes CDI e RCMAS também foram capazes de discriminar os grupos de controle e clínico, sendo que nos dois instrumentos as médias do grupo clínico foram maiores.

Tabela 3. Comparações entre as médias do total de pontos dos testes CDI e RCMAS para a amostra total.

Testes/Grupos		Controle N= 64	Clínico N= 72	Total N= 136	F	Sig.
CDI	Média	6,89	10,81	8,96	15,465**	0,000
	DP	4,57	6,69	6,10		
RCMAS	Média	12,20	16,24	14,34	16,832**	0,000
	DP	4,50	6,62	6,05		

** Significante a 0,001

Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos totais de pontos no teste CDI e no RCMAS, em todas as comparações realizadas. Em todos os casos as médias do grupo clínico foram maiores quando comparadas ao grupo controle. Estes resultados indicam que na amostra estudada os vitimizados tenderam a ser mais depressivos (maiores resultados no CDI) e mais ansiosos (maiores resultados no RCMAS) do que os não vitimizados. Pode-se concluir que ambos os testes discriminaram os grupos de controle e clínico o que representa uma evidência de identificação para estes instrumentos.

Como conclusão, considera-se que pesquisas devem continuar com esse e outros Instrumentos, e recomenda-se que sejam feitos estudos aprofundados de casos, os quais tivemos a oportunidade de conhecer: histórias de vida repletas de dor e sofrimento, cabendo ao profissional a escuta e a acolhida indispensáveis quando se aproxima de tema tão doloroso, em qualquer pais do mundo. Cabe a todos, comunidade e sociedade, trabalhar para que crianças e adolescentes tenham uma vida digna e um futuro melhor.

Referencias:

Agosta, C. B., Balarini, Z., & Colombo, R.I. (2001). *Abuso y maltrato infantil:* inventário de frases. Buenos Aires: Sainte Claire.

___________;__________;_____________.(2005) *Abuso y Maltrato infantil:* Inventário de Frases Revisado (IFR). Buenos Aires: Cauquen Exdtora,.

Alberto, I., Paixão, R. Alarcão, M, (2012).Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra. In: Redondo, J.,(Org). Sem Violência Doméstica: Uma Experiência de trabalho em rede. Coimbra. Administração Regional de Saúde do Centro.

Anastasi, A. (1977.)*Testes Psicológicos*. São Paulo: EPU,

Azevedo, M.A., Guerra, V.N.A. (1995)*Infância e violência doméstica* – módulo 1A/B. São Paulo: LACRI, IPUSP,.

Colacique, M.A.M. & Tardivo, L.S.P.C.(2008.) *Quando a confiança familiar pode tornar-se um caso de polícia.* In: Tardivo, L.S.P.C e Gil,C.A.(Org). Apoiar: Novas propostas em Psicologia Clínica. São Paulo: Sarvier,

Devaney, J.(2008) Chronic child abuse and domestic violence: Children and families with long-term and complex needs. *Child & Family Social Work.* vol 13(4), Nov, 443-453.

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C.(2002), El concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. In: SANMARTINS, J. (Org). Violência contra niños. Barcelona: Ariel, p.81-106.

Gorayeb, M. A. M., & Gorayeb, R. (2008). “O que penso e sinto”- adaptação da Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (RCMAS) para o português. *Temas em Psicologia*, *16*(1), 35-45. Recuperado em 02 de dezembro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100003&lng=pt&tlng=pt. .

Redondo, J., Morais, T., Baptista, C. (2012), (Informar e Investigar para Prevenir: Perceções dos Profissionais em Contexto Escolar sobre Violência Doméstica/ Familiar.In: Redondo, J.,(Org). Sem Violência Doméstica: Uma Experiência de trabalho em rede. Coimbra. Administração Regional de Saúde do Centro.

Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1983). National normative and reliability data for the Revised Children’s Manifest Anxiety Scale. *School Psychology Review, 12*, 324-336.

Tardivo, L. S. P. C. & Pinto Júnior, A.A. (2010). IFVD- Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. São Paulo: Vetor Editora.

O DESENHO DA PESSOA NA CHUVA EM ADOLESCENTES GESTANTES

LORAINE SEIXAS FERREIRA

PAULA ORCHIUCCI MIURA

LEILA CURY TARDIVO

DORA SALCEDO BARRIENTOS

RESUMO

A adolescência é uma etapa crucial para o processo de desenvolvimento e da identidade, na qual se encontra a construção e a afirmação da personalidade do indivíduo. Utilizando-se autores clássicos no assunto da adolescência (como Erikson (1972), Aberastury (Aberastury & Knobel, 1981 e Aberastury, 1983) e Knobel (Aberastury & Knobel, 1981), autores chave para o trabalho de Tardivo (2007)) é possível compreender que esse é um período marcado por diversas mudanças e conflitos, dentre eles a sexualidade do adolescente, que vê seu corpo em constantes e perceptíveis mudanças. A curiosidade em relação às mudanças no corpo e à sexualidade adulta, apesar de saudável para o desenvolvimento, desperta preocupação na saúde, devido ao alto índice de gravidez na adolescência (cerca de 7,3 milhões de adolescentes são mães a cada ano (ONU, 2013)) e por ser a adolescente mais propensa a complicações na gestação (nos países em desenvolvimento, cerca de 70 mil adolescentes morrem a cada ano por complicações na gestação ou parto (ONU, 2013)), além de apresentar conflitos com relação ao psicossocial (abandono dos estudos, descompasso na integração psicossocial e pouco preparo para o desenvolvimento de uma relação satisfatória com o bebê, ocasionado pelo fim abrupto da infância), fatores que justificam o presente trabalho. Dessa forma, o objetivo do estudo foi compreender os aspectos da identidade de adolescentes gestantes, por meio da observação dos traços de sua identidade e investigar a qualidade de seus mecanismos de defesa. Como método de pesquisa foram utilizadas entrevista semi-estruturada e a aplicação do "Desenho da Pessoa na Chuva" em adolescentes gestantes que frequentaram um hospital universitário. A análise dos desenhos conseguiram comprovar alguns dos conflitos típicos da adolescência, mas que se mostraram intensificados com a gestação.

INTRODUÇÃO

Esse artigo é um recorte das pesquisas que estão sendo feitas para o desenvolvimento da Dissertação de Mestrado, o qual se insere como parte de um projeto mais amplo, intitulado "Estudo da Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção" (Barrientos, 2013) que teve como objetivo central diagnosticar os casos de violência, visando conhecer sua incidência e a experiência vivenciadas pelas adolescentes.

ADOLESCÊNCIA

A adolescência não é apenas um período de transição entre a infância à fase adulta. Esse é um período marcado por grandes mudanças e conflitos na vida do indivíduo. Autores como Erikson (1972), Aberastury e Knobel (Aberastury & Knobel, 1981 e Aberastury, 1983), que embasaram o trabalho de Tardivo (2007) escrevem sobre essas mudanças e como a adolescência é fundamental no processo de formação da identidade. Segundo Tardivo (2007) a identidade pode ser vista como a condição de ser si mesmo, ou aquilo que se mantém em cada um. Para a autora, identidade em psicologia corrobora com a inserção da ideia da persistência do caráter essencial como ser humano em geral, tendo aspectos particulares de cada um, referindo-se à consciência que cada um tem desta particularidade que lhe é própria e peculiar, permitindo a consciência da diferença de outro ser humano e, também, de sua semelhança com ele.

Sendo a adolescência uma etapa crucial para o desenvolvimento da identidade, Tardivo (2007) também afirma que a "identidade na adolescência" é por si só uma contradição, sendo que essa fase se inicia a partir de bruscas mudanças que ocorrem na vida do indivíduo. Knobel (Aberastury; Knobel, 1981) define a adolescência como a fase evolutiva na qual o indivíduo busca estabelecer sua identidade adulta, utilizando para isso as bases internalizadas dos objetos parentais e suas inter-relações nos primeiros anos de vida e a verificação constante do ambiente social. De acordo com o autor, conforme o adolescente

vai perdendo sua condição de criança, ele vai perdendo também sua identidade infantil, buscando uma nova identidade e para isso recebe estímulos de seu mundo interno que foi construído sobre as imagens parentais introjetadas, sendo que as imagens proporcionadas pelo mundo externo satisfatório e as boas imagens introjetadas é o que irá ajudar o adolescente a elaborar as crises internas pelas quais está passando. Assim, essa nova identidade irá surgir quando o adolescente for capaz de aceitar simultaneamente os aspectos de criança e de adulto, aceitando a maneira flutuante de seu corpo, e dessa forma, ao adquirir a identidade, aceita seu corpo (renunciando não só o corpo infantil, mas também a fantasia onipotente e a bissexualidade) e decide habitá-lo, usando-o de acordo com seu sexo, tendo que a conduta sexual não irá aparecer apenas no ato sexual em si, mas em todas as atividades (Aberastury; Knobel, 1981).

Aberastury (1983) reforça que esse desenvolvimento é um processo lento, no qual os princípios dos adolescentes ora são negados, ora afirmados, havendo uma luta entre as necessidades de independência e, ao mesmo tempo uma nostalgia de reafirmação e dependência. A autora ainda afirma que a entrada no mundo dos adultos significará para o adolescente a perda definitiva da condição de criança e a inserção no mundo social do adulto, repleto de modificações internas, que é o que vai definindo a personalidade e ideologia do indivíduo. Tardivo (2007) afirma que é possível o adolescente se manifestar de forma harmoniosa quando há um ambiente no qual seja possível pensar, e não atuar, porém há de se considerar, contudo, que o desenvolvimento da identidade também é visto como uma questão central para o aparecimento de alguns transtornos de personalidade na adolescência (Kernberg et al. 2000).

Nesse sentido, para Clarkin, Yeomans e Kernberg (2006), na consideração das estruturas de personalidade e as relações de objeto, a personalidade patológica é colocada em destaque quando contrastada com uma concepção clara do funcionamento da personalidade normal. Nessa perspectiva, em uma organização de personalidade normal, considerando-se o processo de desenvolvimento satisfatório, o indivíduo tem um conceito integrado dos outros e do self significantes, e que são inseridos no conceito de identidade. Assim, para esses autores, um self conceitualmente integrado é, em longo prazo, importante para a realização das capacidades e desejos, assim como uma concepção integrada dos outros contribui para uma avaliação realista envolvendo empatia e tato social. Ambas em conjunto, integrando o sentido do self e dos outros, contribuem para a capacidade de interdependência madura, o que inclui a capacidade de assumir

compromissos emocionais com os outros, mantendo, ao mesmo tempo, um sentido de autonomia.

O indivíduo com uma organização de personalidade normal teria duas características: uma ampla gama de experiências afetivas que o permitiria vivenciar uma série de complexos e afetos bem modulados sem a perda de controle do impulso; e a presença de um integrado sistema de valores internalizados, não rigidamente ligado às proibições parentais, mas estável, individualizado e independente das relações externas com os outros. Tal estrutura de valores influenciará na tomada de responsabilidade pessoal, em uma capacidade de auto-crítica realista, e na tomada de decisão que é flexível e relacionada com o compromisso com normas, valores e ideais (Clarkin, Yeomans e Kernberg, 2006).

A relação entre a personalidade e a socialização é essencial em qualquer estudo ou reflexão sobre o ser humano e sua conduta, sendo que esta ocorre nos três campos, mente, corpo e ambiente, no modelo proposto apresentado por Bleger (1975). A fase da adolescência só pode ser compreendida se considerarmos ao mesmo tempo os fatores psicológicos e sociológicos envolvidos, bem como os biológicos (Tardivo, 2007). Pode-se notar que vários são os fatores que podem interferir no processo da construção da identidade do adolescente, dentre eles a gravidez precoce e a violência, temas abordados pela pesquisa de Barrientos (2013), sendo a gravidez na adolescência tema do presente artigo, o qual visou observar as características da personalidade das adolescentes gestantes e investigar a qualidade de seus mecanismos de defesa.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um etapa importante no processo da identidade, sendo a etapa na qual se encontra a construção e afirmação da personalidade do indivíduo, o que está relacionada, entre outros fatores, a sexualidade do adolescentes, tendo seu corpo em constante e perceptíveis mudanças. Esse corpo em constante transformação desperta no adolescente a curiosidade em relação à sexualidade adulta e com as novas formas de lidar com seu corpo e com o corpo do outro (Aberastury, 1983).

Essa curiosidade acerca da sexualidade adulta, apesar de normal, gera uma preocupação da saúde com a relação entre adolescência e gravidez precoce, pois a gestação nessa faixa etária costuma ser alta, tendo que cerca de 7,3 milhões de adolescentes são mães a cada ano (ONU, 2013). De acordo com o relatório da Situação da População Mundial de 2013 (ONU, 2013), nos países em desenvolvimento, cerca de 70 mil adolescentes morrem a cada ano por complicações na gestação ou parto e, nos países com baixa renda, a gestação em meninas com menos de 15 anos mostra-se com o dobro de riscos de morte materna e fistula obstetrícia, se comparado a mulheres mais velhas. Em se tratando de Brasil em 2010 de 12% das adolescentes entre 15 e 19 anos já tinham pelo menos um filho, no mesmo ano, 19,3% das crianças nascidas eram filhos de mães com menos de 19 anos (UNFPA, 2013), corroborando com esses dados, no mesmo ano na cidade de São Paulo 15% das mães eram menores de 18 anos (Prefeitura de São Paulo, 2010).

Como se pode observar, a preocupação com a gravidez na adolescência é real por envolver riscos tanto para a saúde da adolescente como para seu filho. Segundo Barbón Pérez (2011) a Organização Mundial de Saúde considera a gravidez na adolescência um risco tanto para a saúde física materno-fetal, como pode acarretar sequelas psicossociais. A autora afirma que essa gestação é considerada de risco por ser mais propensa a hemorragias, trabalho de parto prolongado, complicações em longo prazo, prematuridade, lesões durante o parto, morte perinatal e baixo peso ao nascer. Já com relação ao psicossocial, ela traz questões abandono dos estudos, descompasso na integração psicossocial e pouco preparo para o desenvolvimento de uma relação satisfatória com o bebê, ocasionado pelo fim abrupto da infância.

O estudo recente de Passarini (2014) também assinalou para prejuízos nas questões psicossociais vivenciadas pelas adolescentes que engravidam e apontou as questões em relação à escolarização e colocação no mercado de trabalho como alguns desses prejuízos. A pesquisa de Oliveira (2001) conseguiu confirmar esse dado estudando as adolescentes gestantes participante de seu trabalho em 1999 (OLIVERIA, 1999) após três anos do nascimento do filho. Com o estudo de 2001, a pesquisa conseguir comprovar que a maternidade precoce trouxe prejuízos sociais, principalmente no que se refere à escolarização e colocação no mercado de trabalho, como foi demonstrado posteriormente por Passarini (2014). Além desses dois fatores, as mães jovens relataram que os maiores

prejuízos da maternidade na adolescência foi com relação à restrição da liberdade e oportunidades de lazer (Oliveira, 2001).

Essa necessidade de liberdade e lazer pode estar relacionada com o não desenvolvimento da maternidade, pois, como afirma Deutsch, (1697/1983) a gravidez precoce não irá contribuir para o desenvolvimento da maternidade, como alguns pensam, provocando um efeito inibidor ainda maior nesse sentido. Essa autora e Blos (1962/1998) trazem contribuições importantes acerca dos aspectos psicodinâmicos da gravidez na adolescência, entendendo essa situação como dificuldades no desenvolvimento psicossexual, ocasionados por conflitos infantis não solucionados.

De acordo com Blos (1962/1998) o desenvolvimento psicossexual feminino acontece em uma complexa dinâmica familiar em que a filha sente que a mãe a rejeita, ao mesmo tempo em que não conta com um modelo identificatório favorável na figura materna em virtude da insatisfação desta com a figura paterna. Para os autores, a gravidez nessa faixa etária poderia ser uma atuação relacionada a uma fixação de caráter oral e pré-edipico em relação à mãe (mãe pré-edípica), ocasionado tanto pela privação, quanto pela superestimação. Assim os autores entendem que a gravidez precoce pode ser vista como uma atuação da adolescente que está relacionada ao desejo de se vingar da mãe, por ter se sentido rejeitada por ela, buscando recriar uma situação perdida, revivendo a união mãe-bebê por meio da gestação, sendo esse um movimento regressivo em direção a busca dessa mãe pré-edípica.

Muitas vezes essa gravidez é vista com um problema e vergonha para a família, ou considerada a perda da juventude, porém nem sempre ela é percebida dessa forma pela adolescente, família e grupo social (Hoga et al, 2010). Neto et al (2007) destacam que a maior parte das adolescentes participantes de seu estudo relataram querer ter o filho, afirmando assim que essa gravidez é “precoce” e não “indesejada”, e que ela pode estar relacionada a uma auto realização dessa adolescente, ou pode ser a resolução de um futuro incerto ou a solução conflitos, como por exemplo uma forma de sair dos problemas domésticos, principalmente falta de liberdade e violência (Hoga et al, 2011).

O estudo de Falcão e Salomão (2006) já havia levantado a questão da gravidez como uma forma de “fugir” dos conflitos. No estudo sobre as relações familiares de mães adolescentes de baixa renda conseguiram mostrar que relações violentas com seus parceiros e conflituosas com a família de origem eram fatores antecedentes ao

nascimento do filho. Em muitos casos, a gravidez esteve associada a uma forma de lidar com a dificuldade na relação com a família de origem, como sentimentos de solidão, incompreensão e necessidade de atenção e cuidado. Em alguns casos foi referida a gravidez como um meio de sair do núcleo familiar (Falcão; Salomão, 2006).

Apesar de algumas adolescentes afirmarem que a gravidez foi planejada, o desejo pela gravidez parece vir repleto de significados, como pode ser observado. Além disso, a adolescente apresenta conflitos típicos da sua faixa etária que se sobrecarregam com as questões da gestação, deixando-a vulnerável, associando a gravidez com o apoio que irá receber da família e do companheiro. Essas adolescentes expressam mais frequentemente, sentimentos de humilhação, autodepreciarão, infelicidade e necessidade de apoio, além de demonstrarem maior grau de emotividade e apresentarem mais soluções para conflitos entre dependência e autonomia, havendo, dessa forma, indícios do potencial das adolescentes mães em lidar com as ambiguidades e a complexidade das emoções (Oz et al, 1992).

Dessa forma, considerando o exposto acerca da adolescência e a gravidez nessa etapa da vida, esse artigo visou compreender os aspectos psicológicos de adolescentes gestantes, por meio da observação dos traços da personalidade das adolescentes gestantes e investigar a qualidade de seus mecanismos de defesa, o que foi possível por meio da análise da produção gráfica de adolescentes gestantes que compareceram ao Pronto Atendimento (PA) de obstetrícia de um Hospital Universitário.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Participaram desse estudo 23 adolescentes gestantes, participantes da pesquisa de Barrientos (2013) (Estudo da Violência Doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: bases para intervenção) a qual aborda o tema da violência na gravidez de adolescentes, porém esse artigo buscou firmar-se na questão da personalidade durante a gestação na adolescência. Para tanto, buscou-se utilizar apenas os dados das adolescentes participantes da pesquisa que não relataram vivência de violência em nenhuma fase da vida.

Com relação às participantes, apesar do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991) estipular adolescência no período de 12 a 18 anos, o estudo contou com adolescentes de 14 a 18 anos, por não haver comparecido ao PA (Pronto Atendimento) de obstetrícia nenhuma com 12 e 13 anos, durante o período da coleta de dados. Das 60 adolescentes participantes da pesquisa, 55% moram com o companheiro (sendo que 23,33% já moravam antes da gravidez), 33,3% moram com os pais ou outro familiar.

A pesquisa ocorreu em Hospital Universitário, com as adolescentes grávidas que compareceram ao Pronto Atendimento (PA) de obstetrícia e às consultas de pré-natal previamente agendadas dessa instituição. Foi utilizado como instrumento a entrevista semi-estruturada, que foi grava e transcrita, garantindo o sigilo e anonimato das participantes. Também foi utilizada, entre outras técnicas, o Desenho da Figura Humana, aplicado conforme instruções de Machover (1949), e o Desenho da Pessoa na Chuva, seguindo as instruções de Querol e Paz (2005), e analisados segundo essas autoras e com os acréscimos de Colombo (2000).

A coleta de dados foi realizada individualmente, após o atendimento médico, e preferencialmente apenas com as adolescentes, podendo o acompanhante permanecer na sala, caso a participante quisesse. Às adolescentes aceitaram de espontânea vontade à participação na pesquisa e tiveram respeitada sua privacidade e intimidade e lhes foi garantida a liberdade de desistir do processo no momento em que desejassem, respeitando assim as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme a resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

Os responsáveis pelas adolescentes assinaram o Termo de Consentimento e as adolescentes o Termo de Assentimento. Todos os preceitos éticos foram observados e respeitados, tendo o estudo a aprovação do Comitê de Ética (Parecer nº 1214/12 e Registro SISNEP – CAAE nº 0043.0.196.198-11).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Foram coletados 38 desenhos de adolescentes gestantes, sem relatos de violência (19 Desenhos da Figura Humana e 19 Desenhos da Pessoa na Chuva), sendo que apenas uma adolescente participou de outras etapas do trabalho “Estudo da Violência

Doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: bases para intervenção” (BARRIENTOS, 2013), mas se recusou a fazer os desenhos. Em geral os desenhos se mostraram pobres em estruturas e em detalhes, sendo eles mal elaborados e não de acordo com a idade das adolescentes por serem desenhos muito imaturos.

A análise do Desenho da Pessoa na Chuva, tem seus elementos da figura humana desenhada e expressão gráfica observados da mesma forma que o Desenho da Figura Humana, diferenciando-se apenas no que diz respeito a chuva. Assim, análise dos desenhos foi realizada a partir das contribuições de Van Kolck (1968) e de Hammer (1981) para a análise do Desenho da Figura Humana, e de Querol e Paz(2005), Barilari, Agosta e Colombo (2000) e Tardivo (2012) na análise de técnicas expressivas gráficas.

Barilari, Agosta e Colombo (2000) foram pioneiras no estudo do “Desenho da Pessoa na Chuva” em crianças e adolescentes vitimizados e fundamentam que todo menor vitimizado consegue expressar, através das técnicas gráficas, um dano psíquico. As autoras encontraram e analisaram indicadores nos desenhos que foram frequentemente encontrados nos desenhos das crianças em situação de violência doméstica. A presente pesquisa, por estar inclusa no trabalho com adolescentes gestantes vítimas de violência, buscou se atentar aos indicadores encontrados por Barilari, Agosta e Colombo (2000) e utilizar de suas considerações no que diz respeito ao “Desenho da Pessoa na Chuva”.

Todos esses autores corroboram com a precursora do Desenho da Figura Humana de que nos desenhos projetivos a página em branco favorece a criação subjetiva do indivíduo, o qual irá se projetar no desenho, tendo o desenho como representando o indivíduo e a folha em branco, o ambiente (Machover,1949). Com relação à posição na folha, as duas técnicas utilizadas demonstraram maior parte dos desenhos no canto inferior esquerdo da folha (3º quadrante, segundo Van Kolck (1968)) representando conflitos, egoísmo, fixação em estágio primitivos, além de também estar relacionado ao comportamento impulsivo, procura de satisfação imediata, podendo sugerir que as participantes da pesquisa ainda não conseguiram amadurecer para poderem viver a maternidade. Houve apenas um desenho, no DFH, desenhado do lado direito da folha, o que demonstra a pouco preocupação e expectativa dessas adolescentes com relação ao futuro. Dessa forma, podemos retomar Deutsch, (1697/1983) ao afirma que a gravidez precoce não irá contribuir para o desenvolvimento da maternidade, o que foi comprovado nessa parte dos desenhos.

O tamanho da figura em relação à folha também se mostrou semelhante nos dois desenhos produzidos, sendo eles predominantemente de tamanho pequeno em ambos. Esses dados são considerados pelos autores como inferioridade, inibição, comportamento emocional dependente, podendo sugerir depressão, tendência ao retraimento e sentimento de inadequação (Hammer, 1981; Van Kolck, 1968).

Com relação ao conteúdo dos desenhos, ambos os desenhos também apresentaram algumas semelhanças, como braços e mãos adequadamente desenhados, o que segundo Machover (1949) representa boa adaptação social e desenvolvimento do ego. Também foi perceptível a prevalência da presença de cinto, ou algum outro tipo de marcação na cintura, nos dois desenhos, região a qual se relaciona ao controle dos impulsos sexuais, dificuldade de controla-los e também a repressão e racionalização dos conflitos existentes nessa região do corpo, a marcação nessa área pode indicar que a sexualidade ainda é uma questão a ser desenvolvida, o que corrobora com a fase na qual as participantes estão vivendo, sendo que na adolescência há grandes transformações corporais, tenho os conflitos do corpo infantil sendo elaborados para se tornar um corpo adulto, como descrito por Knobel e Aberastury (1981).

Ainda em se tratando do conteúdo dos desenhos, também se pode notar em ambos os desenhos a ausência de detalhes, o que Hammer (1981) considera manifestação do sentimento de vazio, energia reduzida, característica comum em desenho de pessoas que se utilizam do retraimento como defesa, podendo estar relacionado com a depressão.

Apesar de todas essas semelhanças no Desenho da Pessoa na Chuva foi observado um maior número de desenhos com ausência de pupila, se comparado com o Desenho da Figura Humana. Essa característica se refere à projeção do “não ver”, tratando o mundo como ativamente fechado ao sujeito, não diferenciando os estímulos, apenas a presença de pequenas descrições de detalhes (Machover, 1949).

No que diz respeito aos elementos específicos do Desenho da Pessoa na Chuva, notou-se que a maioria dos desenhos representaram as nuvens, o que segundo Querol e Paz (2005) está relacionado à pressão e ameaça do meio. Os desenhos também apresentaram a chuva, não negando assim a hostilidade do meio do qual o indivíduo tem que se defender, porém foram chuvas setorizadas, o que demonstra que essas adolescentes sente a pressão do meio como muito forte, voltadas exclusivamente para elas, sendo uma situação de grande estresse e agoniante. Apesar disso, quase todas as

adolescentes desenharam o guarda-chuvas, o que mostra a capacidade delas de tentarem usar suas defesas no enfrentamento da situação de estresse.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos desenhos conseguiram comprovar alguns dos conflitos típicos da adolescência, mas que se mostraram intensificados com a gestação. Pode-se notar questões em relação à aceitação do corpo e da sexualidade, que ainda está em desenvolvimento, demonstrando dificuldades de amadurecer e vivenciarem a maternidade, vista por elas como um período de grande estresse, a qual buscam se defender. Apesar disso, foi possível observar que as adolescentes tentam manter a identidade saudável, através da boa adaptação social e bom desenvolvimento do ego, além de se mostrarem capazes de usar mecanismos de defesas no enfrentamento das situações de tensão, apesar de sentirem a hostilidade do meio como muito forte e uma pressão voltada exclusivamente para elas.

Assim, a técnica do “Desenho da Pessoa na Chuva se mostrou sensível para o psicodiagnóstico de adolescentes gestantes, tendo apontados dados de como essa fase é vivenciada por elas como um período de grande estresse, gerador de conflitos, o que pode estar relacionado com o final súbito de sua entrada na adolescência, passando direto para a fase adulta, conflitos dos quais elas tentam se defender.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. (1983). Adoloescência. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aberastury, A.; Knobel, M. (1981) Adolescência normal – un enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Barbón Pérez, O.G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Ciencia y Enfermería, Chile, v.14, n. 01, p. 19-25. Disponível em <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf> Acesso em 28 maio 2012

Barilari, Z., Agosta, C.B, Colombo R.I. (2000). Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica “Persona bajo la Lluvia”. Buenos Aires, Sainte Claire.

Barrientos, D. M. S. (2013). Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas Atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção. Relatório Parcial Projeto de Pesquisa: Teste Piloto. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Bleger, J. (1975). Psicologia de la Conducta, Buenos Aires Editoral Paidós.(Behavioral Psychology).

Blos, P. (1998). Adolescência: uma interpretação psicanalítica. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

Clarkin J.F; Yeomans F.E; Kernberg Of. (2006). Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Deutch, H. (1983). Problemas psicológicos da adolescência com ênfase na formação de grupos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E. H. (1972). Identidade, Juventude e Crise, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

Falcão, D.V.S.; Salomão, N.M.R. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. In: Arquivos Brasileiros de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 58(2), 11-23.

Hammer, E.F. (1981). Aplicações clínicas dos desenhos projetivos. Rio de Janeiro: Interamericana, .

Hoga, L.A.K; Borges, A.L.V; Alvarez, R.E.C. (2009) Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 22(06), 779-785. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600009&lang=pt> Acesso em 05 out 2012.

Kernberg, P. F.; Weiner, A. S.; Bardenstein, K. K.. (2000). Personality Disorders in Children and Adolescents. New York, Basic Book.

Machover, K. (1949). Proyeccion de la Personalidad em el Dibujo de la Figura Humana (um método de investigacion de la personalidade). Habana/ Cuba: Cultural S.A.

Neto, G.X. et al. (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 60(03), 279-285. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf> Acesso em 28 maio 2012.

ONU. (2013). Nações Unidas no Brasil. Até 3,2 milhões de abortos inseguros de adolescentes acontecem todo ano em países em desenvolvimento. [s.l.]. Disponível em <http://www.onu.org.br/ate-32-milhoes-de-abortos-inseguros-de-adolescentes-acontecem-todo-ano-em-paises-em-desenvolvimento > Acesso em 15 janeiro 2014.

Querol, S.M.; Paz, M.I.C. (2005). Test de la persona bajo la lluvia – adaptación y aplicación. Buenos Aires/ Argentina: Lugar Editorial.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2007). O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje. São Paulo: Vetor.

______. (2012). O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva: Estudos de Validação em Crianças Vítimas de Violência Doméstica no Contexto Brasileiro. Relatório Técnico-Científico. Apoio a Projetos de Pesquisa / Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES nº 02/2010 – Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, Brasil.

UNFPA. (2013). Fundo de População das Nações Unidas no Brasil. Gravidez na adolescência no Brasil. Brasília, DF. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf> Acesso em 05 maio 2014.

Van Kolck, O.L. (1968). Interpretação psicológica de desenhos – três estudos. São Paulo: Pioneira.

ANÁLISE DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA PRODUZIDO POR ADOLESCENTES INFRATORES

CASSIA MARGARETE MORAES

CÁSSIA SOARES DE ALMEIDA

FLÁVIA VIDOTTI FRAGOSO

LORENA PAULA CASAGRANDE KWABARA

REGINALDO DECONTI JÚNIOR

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

A adolescência é uma fase marcada por contradições, sofrimentos, transformações cognitivas psíquicas e sociais, formação da identidade, busca por grupos de pertencimentos dentre outras características deste período. Por vezes, nesta fase pode se manifestar a delinquência juvenil, que pode ser entendida como a expressão patológica de conflitos e características tipicamente adolescentes. **Objetivos.** Analisar as defesas latentes projetadas pelo teste projetivo do Desenho da Pessoa na Chuva de adolescentes/jovens infratores. **Método.** Foram avaliados 25 jovens do sexo masculino, de 13 a 18 anos, assistidos pela ONG MSE/MA (Medida Socioeducativa em Meio Aberto), esta pesquisa foi efetuada em campo em uma abordagem qualitativa. **Resultados.** Ficou constatado a presença de mãos, pés, raios, nuvens, chuva setorizada, cabeça deteriorada, pobreza de detalhes e dimensão pequena, além da ausência de guarda-chuva. **Conclusão.** O relatório técnico do Desenho da Pessoa na Chuva afirma que a ausência de guarda-chuva indica falta de defesas por parte dos sujeitos. Já quanto à constatação de raios e nuvens, a presença desses elementos indicam tendências auto agressivas e doenças psicossomáticas. A ausência de mãos significa falta de recursos para agir na realidade e falta de comunicação, enquanto a ausência de pés remete a falta de ilusão, abatimento e desalento.

Palavras chave: adolescência, delinquência juvenil, desenho da pessoa na chuva

Introdução

A adolescência por si só já é repleta de crises e mudanças, é uma fase marcada por contradições, sofrimentos e atritos com os ambientes sociais e familiares (ABERASTURY, 1983). Essa fase de transição somada à delinquência juvenil, que pode ser entendida segundo Chamorro (1990) como a expressão patológica de conflitos e características tipicamente adolescentes nos faz buscar um maior entendimento sobre os quais aspectos emocionais podem estar envolvidos no ser adolescente e na expressão de sintomas agressivos, infracionais e delinquentes.

Procurando aprofundar nestas questões tão subjetivas e latentes do sujeito nesse contexto usamos como ferramenta o teste Desenho da pessoa na chuva. Que nos possibilita através da projeção verificar quais resistências, defesas e pressões são comumente encontrado. De acordo com Querol e Paz (1997, p.19) a Pessoa na Chuva "agrega uma situação de estresse na qual o indivíduo não consegue manter sua fachada habitual, sentindo-se forçado a recorrer a defesas antes latentes".

Diante disso, o presente trabalho se justifica pela crença de que assim como o jovem que sofre a violência àquele que a pratica também é vitima de uma questão de ordem psicológica cultural e social, de grande relevância. Assim, este trabalho poderá contribuir com um olhar psicológico sobre o fenômeno do jovem infrator.

Objetivo:

Apresentar as defesa latentes projetados nos teste Desenho da pessoa na chuva dos jovens infratores avaliados. Bem como refletir sobre os resultados encontrados considerando o contexto desta população. Para alcançar o objetivo proposto, busca – se utilizar os testes do Desenho da Pessoa na Chuva.

Metodologia:

Foram avaliados 25 jovens do sexo masculino. Todos os sujeitos são assistidos pela ONG MSE/MA (Medida Socioeducativa em Meio Aberto) sendo que a faixa etária é de 13 a 18 anos.

Características que constituem a Adolescência

Segundo Machado (1977) a palavra adolescência é de origem latina e vem do verbo *adolescere*, que significa desenvolver-se, crescer. O adolescente enquanto "ser" vivência um período de transição entre a infância e a vida adulta e necessita se desenvolver para ocupar o seu espaço no mundo.

A adolescência é marcada por um período de turbulências e de reorganização de tudo que foi conquistado anteriormente. É uma fase de descoberta pessoal, na "qual cada indivíduo está empenhado numa experiência vital, um problema de existência e de estabelecimento de uma identidade." (Winnicott, 1995/1987, p.151).

Blos (1998) salienta que na adolescência ocorre uma segunda individuação do sujeito, a primeira ocorre na infância quando a criança constrói a distinção entre o eu e não-eu. Dessa forma a adolescência representa uma segunda chance para a retomada do processo de desenvolvimento na constituição de um "EU".

Erikson (1976) define a adolescência como um período marcado por crises, descobertas, conflitos, identificações sociais, familiares, transformações cognitivas, psíquicas e hormonais. O autor caracteriza a adolescência como uma crise normativa, um período de confusões de identidade, na qual o indivíduo estabelece sua identidade predominante, as ideologias, grupos e pessoas nas quais se identifica.

Calligaris (2000) aponta que a adolescência, na contemporaneidade, não encontra mais símbolos iniciais ou finais evidentes sobre sua duração, pelo fato de que a própria definição do que é ser um adulto não é clara, e afirma que este período tem duração misteriosa.

É uma fase marcada por contradições, sofrimentos e atritos com os ambientes sociais e familiares (ABERASTURY, 1983). A experiência de "ser" na adolescência é permeada por muitas mudanças, cujo processo provoca no adolescente uma crise quanto

ao sentido da sua existência e ao mesmo tempo possibilita a oportunidade de um recomeço para aquele que não pôde contar nos estágios iniciais com um ambiente suficientemente bom que favorecesse o seu desenvolvimento.

Segundo Winnicott, embora o indivíduo tenha uma tendência inata que o leva em direção à integração e, por conseguinte, ao processo de aquisição de maturidade, essa aquisição só é possível se houver nos estágios iniciais um ambiente que facilite o desenvolvimento do bebê, “um ambiente satisfatório que começa com um alto grau de adaptação às necessidades individuais da criança por meio da mãe, denominada pelo autor de preocupação ‘materna primária’” Winnicott (2005/1989, p. 4).

Dessa forma, para que o processo de integração ocorra, inicialmente o bebê precisa de um ambiente (mãe) que lhe ofereça segurança em termos de previsibilidade, de modo que as suas necessidades possam ser supridas no exato momento em que ela precisa, propiciando-lhe a ilusão de onipotência tão necessária no início da vida.

A continuidade da existência de um ambiente que consiga oferecer confiabilidade, é de vital importância na adolescência, em um momento em que o adolescente encontra-se vulnerável a inúmeras transformações.

De acordo com Winnicott (1995/1987) a adolescência é marcada por um estado de prepotência. O adolescente se dá conta de uma potência que até então estava presente apenas no nível da fantasia, mas, que a partir de agora ele tem poder de concretizá-la.

Uma outra característica marcante na adolescência é o estado de isolamento. “O adolescente é essencialmente isolado. É a partir de uma posição de isolamento que ele se lança no que pode resultar em relações. São as relações individuais, que levam finalmente à socialização.” (Winnicott, 1995/1987, p.152).

Para o autor “o Idealismo é uma das características mais emocionantes da adolescência. Rapazes e moças ainda não estabeleceram a desilusão, e, em consequência, experimentam a liberdade de formular planos ideais” (Winnicott, 1975/1971, p. 201).

A depressão também se constitui como uma das características presentes na Adolescência. Winnicott (1995/1987) aponta que os adolescentes, na luta para se sentirem reais, precisam atravessar a fase da depressão, na qual eles estão entregues à

experiência em si de "ser" e precisam se deparar com as dificuldades decorrentes dessa fase. O enfrentamento da Adolescência vai depender "em grande medida do padrão organizado desde os primeiros tempos da infância, quando houve uma fase similar de rápido crescimento emocional e físico" (Winnicott, 1995/1987, p.152)

Em termos de saúde no processo de desenvolvimento, o autor evidencia que a imaturidade "é parte integrante e um elemento essencial da saúde na adolescência, pois, é na imaturidade que estão contidos os aspectos mais excitantes do pensamento criador, sentimentos novos e diferentes, ideias de um novo viver." (Winnicott, 1975/1971, p.198).

Dessa forma, "a cura da adolescência vem do passar do tempo e do gradual desenrolar dos processos de amadurecimento" (Winnicott, 2005/1993, p.116). Esse processo não pode ser acelerado, embora possa ser interrompido ou destruído por circunstâncias variáveis.

Adolescência e delinquência juvenil

A delinquência juvenil pode ser uma das expressões de tais interrupções ou destruições. Chamorro (1990) apresenta a delinquência como a expressão patológica de conflitos e características tipicamente adolescentes. Na obra "Psicoterapia dinâmica na delinquência juvenil", o autor afirma :

> "(...) todo grupo adolescente apesenta características delitivas que devem ser contidas e direcionadas rumo a comportamentos mais úteis para a plena realização do jovem, que culmina em uma boa elaboração de sua crise adolescente" (p.27).

Este autor classifica a delinquência de maneira didática e, portanto, generalizada, em dois tipos: delinquência reativa, em decorrência de fatores secundários e delinquência relacionada a fatores emocionais.

Os fatores secundários seriam aqueles relacionados ao ambiente: condições sociais, econômicas, familiares e diversas outras que atuam na geração de condutas antissociais, como forma de defesa mediante um ambiente hostil.

Já os fatores emocionais estariam relacionados à primeira infância, ao vínculo mãe-bebê. Experiências de extrema frustração ou ansiedade nessa relação, sejam elas fantasiadas ou concretas, podem afetar a construção do mundo interno do bebê e, consequentemente, sua percepção da realidade externa. (Chamorro, 1990). Esta vivência agressiva seria uma dificuldade no desenvolvimento, que pode fixar-se ou regredir à posição esquizo-paranóide, base da delinquência juvenil. O autor defende a posição de que a conduta delinquente é um sintoma, expressão de um conflito vivenciado em múltiplas esferas.

Na posição esquizo-paranoide é possível falar de identificações projetivas patológicas. Nelas, Segundo Ocampo, Arnezo e Piccolo (1987) proferem:

> "quando o excesso de sadismo, de inveja, as falhas da função continente do objeto externo, alteram a evolução, a tensão torna-se esmagadora para o bebê e a identificação projetiva adquire características maciças e muito violentas, tendo como consequência a desintegração do objeto (splitting) e do ego" (p.212).

Análise das defesas nos testes gráficos

> "Quando pedimos a um entrevistado que produza um desenho, estamos aproximando-o de uma tarefa de criação, ou de recriação, de um objeto, de uma tarefa reparatória. Sua produção mostrar-nos-á tanto as ansiedades, as dificuldades ou as preocupações que se mobilizam nele frente à reparação, como o estado de seus objetos internos e de seu ego (inteiros, despedaçados, parcializados, etc.)."
>
> (Ocampo, Arnezo e Piccolo, 1987, p.309)

Os desenhos, ou testes gráficos, constituem-se como importante ferramenta de psicodiagnóstico e análise das defesas dos sujeitos entrevistados. Aqui entenderemos defesa na concepção kleiniana, como processos dinâmicos associados às relações objetais . Seu objetivo é diminuir a ansiedade e preservar o ego e os objetos internos e externos dos perigos fantasiados.

São construídas de acordo com as possibilidades de cada indivíduo, de acordo com seu desenvolvimento e personalidade. (Ocampo, Arnezo e Piccolo, 1987).

As mesmas autoras destacam a evolução dos próprios mecanismos de defesa. Inicialmente, temos os mecanismos esquizoides, como a dissociação, idealização, negação e controle onipotente do objeto. A seguir, surgiriam os mecanismos maníacos e obsessivos, correspondentes a posição depressiva. Finalmente, o sujeito seria capaz de fazer uso de formas de defesa mais evoluídas, como a inibição, o deslocamento, a repressão e a sublimação.

A respeito dos mecanismos esquizoides, pode-se dizer que a dissociação serve para aplacar a ambivalência; a idealização para negar a fantasia de destruição do objeto; a negação, para afastar-se de aspectos conflitivos da realidade externa e interna, e o controle cumpriria a dupla função de negação da dependência e manutenção da onipotência.

Cada um desses mecanismos encontrará expressão no desenho das mais diversas formas, como a característica das figuras humanas, das casas, os contornos e o preenchimento da folha, entre outras.

O teste do Desenho da Pessoa na Chuva

É um teste gráfico projetivo, baseado no desenho da figura humana com a inserção do elemento "chuva", que representa uma situação de estresse. O objetivo do teste é, então, verificar os mecanismos defensivos latentes do sujeito.

Os desenhos foram avaliados a partir das interpretações que constam no estudo de validação do teste Desenho da Pessoa na Chuva (Tardivo, 2012). Sendo assim, os dados se referem aos seguintes elementos: chuva, guarda chuva, nuvens, mãos, pés, cabeça, corpo, traço, detalhes, dimensão, raios.

Conclusões

Os resultados do teste Desenho da Pessoa na Chuva foram obtidos a partir da discussão do estudo de validação do mesmo instrumento (Tardivo, 2012). Após o tratamento estatístico, verifica-se que os elementos, passíveis de interpretação, os quais apresentaram um valor de frequência significativo são: a presença de mãos e pés, a presença de raios e nuvens, além da ausência de guarda-chuva. De acordo com o teste Desenho da Pessoa na Chuva, a ausência de guarda-chuva indica falta de defesas por parte dos sujeitos. Já quanto a constatação de raios e nuvens, a presença desses elementos indica tendências auto agressivas e doenças psicossomáticas. O relatório técnico do Desenho da Pessoa na Chuva afirma que a ausência de mãos significa falta de recursos para agir na realidade e falta de comunicação, enquanto a ausência de pés remete a falta de ilusão, abatimento e desalento; uma vez que a presença de mãos e pés na amostra avaliada é relevante estatisticamente, é possível inferir que tais interpretações da constituição psíquica não se aplicam nestes sujeitos.

Outros elementos interpretáveis, de acordo com a pesquisa de validação do Desenho da Pessoa na Chuva (Tardivo, 2012), são as presenças de: chuva setorizada (situação de pressão), cabeça deteriorada (ideias obsessivas e preocupação excessiva com as atividades intelectuais), pobreza de detalhes (falta de recursos internos) e dimensão pequena (desvalorização e sentimento de inadequação).

Referências Bibliográficas

ABERASTURY, A. (1983). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BLOS, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.

CALLIGARIS, C. (2000). *A Adolescência*. São Paulo: Publifolha.

CHAMORRO, M. S. (1990). Psicoterapia dinâmica na delinquência juvenil. Goiânia: Dimensão.

ERIKSON, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

MACHADO, J. P. (1977). *Dicionário Etimológico de Língua Portuguesa*. 3. ed. Lisboa: Livros Horizonte.

OCAMPO, M. L. S. de (org), (1987). O processo diagnóstico e as técnicas projetivas. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

QUEROL, S.M. & Paz, M.I.. (1997). Adaptación y pplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia. Buenos Aires: JVE/Psiqué.

TARDIVO, L.S.P.C. (2012). *O teste do Desenho da Pessoa na Chuva: estudos de validação em crianças vítimas de violência doméstica no contexto brasileiro.* São Paulo. Apoio a projetos de pesquisa/ Edital MTC/CNPq/MEC/CAPES. n2/2010.

WINNICOTT, D. W. (2005). *"O conceito de indivíduo saudável*". In: Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes. (Bibliografia Hjulmand: 1989 [1967].

WINNICOTT, D. W. (1975). Conceitos Contemporâneos de Desenvolvimento Adolescente e suas implicações para a Educação Superior. In: D. Winnicott, *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

WINNICOTT, D. W. (1995). A luta para superar depressões. In: D. Winnicott, *Privação e Delinquência.* São Paulo: Martins Fontes.

WINNICOTT, D. W. (2005). Adolescência - Traspondo a Zona das Calmarias. In: D. Winnicott, *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes.

CUIDANDO DO CUIDADOR: A EQUIPE DA INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO E A CRIANÇA ABRIGADA

KARINA SIMÕES PARENTE[47]

SILVIA TERESA COLLAKIS[48]

PAULA ORCHIUCCI MIURA[49]

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO[50]

MÁRIO MARTINI

Resumo

Este trabalho propõe uma compreensão sobre a necessidade de apoio institucional a profissionais que atuam em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes. A partir de experiências de contato com esse tipo de equipe, percebeu-se o desafio em trabalhar com quadros psicopatológicos diariamente no vinculo com as crianças institucionalizadas, destacando-se a tendência antissocial. Considerando que a própria história de vida do profissional pode se tornar um facilitador para estabelecer vínculos permeados por identificações e projeções, o contexto organizacional pode propiciar a revivência do sentimento de abandono, quando não há uma confiabilidade estabelecida na prática diária. Trazemos uma reflexão – baseada na teoria de D. W. Winnicott e na experiência prática de condução de atividades com cuidadores de abrigos – em relação aos modelos institucionais e necessidades destes profissionais, que parecem se assemelhar às demandas das crianças e adolescentes que precisam de um ambiente capaz de se adaptar às suas necessidades. Ressaltamos a importância de um trabalho de escuta e cuidado destes profissionais no contexto profissional.

Palavras-chave: abrigo, cuidador, tendência antissocial.

Introdução

[47] Membro do APOIAR, programa inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
[48] Mestranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
[49] Pós-doutoranda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
[50] Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em maio de 2011 havia 1.876 abrigos[51] para crianças e adolescentes cadastrados junto ao órgão no país. No entanto, pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz realizada em 2010, a pedido do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, aponta a existência de 2.624 instituições deste tipo (Brasil, 2013).

No Brasil, legalmente, o abrigamento é uma medida de proteção especial “provisória e excepcional” prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e aplicada àqueles cujos direitos foram desatendidos ou violados, seja por abandono, seja pelo risco pessoal a que foram expostos pela negligência dos responsáveis (Brasil,1990). Quem decide pelo abrigamento é o juiz, que determina a suspensão — não a perda — do poder familiar e concede a guarda do menor ao responsável pelo abrigo. Os menores devem permanecer afastados da família biológica até que condições adequadas de convivência se restabeleçam ou que eles sejam adotados. Preconiza-se que o atendimento no abrigo seja realizado de forma pessoalizada, em pequenas unidades e grupos, privilegiando-se ações descentralizadas.

O abrigo é comumente composto por equipe técnica multidisciplinar, formada por assistente social, psicólogo, pedagogo e outros profissionais; e por equipe de apoio, que corresponde ao cuidador: berçarista, motorista, auxiliar de serviços gerais, cozinheira, entre outros (Brasil, 2013). Apesar de o cargo de cuidador exigir apenas o nível médio, encontram-se também alguns profissionais com nível superior.

É preconizado pelo ECA[52] que a equipe das instituições de acolhimento receba supervisão e acompanhamento, comumente realizados por profissionais de diferentes órgãos (do governo estadual, do municipal e por técnicos do Poder Judiciário), caracterizando-se por orientações aos abrigos para que prestem um atendimento de qualidade e cumpram os parâmetros legais (Brasil, 2009).

O pediatra e psicanalista inglês D. W. Winnicott dedicou parte de sua carreira e obra ao tratamento e estudo de crianças e adolescentes afastados de suas famílias em tempos de guerra. Em “Privação e Delinquencia” (2012), ele relata a experiência da elaboração e aplicação de um plano de acolhimento e tratamento das crianças evacuadas

---

[51] Vale ressaltar que a nomenclatura ‘abrigo’ foi substituída no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) por ‘programa de acolhimento institucional’, segundo a Lei nº 12.010, de 2009. Porém, devido à popularidade daquele termo e ao fato de que as próprias instituições – incluindo a que serviu de sede para este estudo – intitulam-se ‘abrigos´, manteve-se também o uso desta nomenclatura ao longo deste texto.

[52] ECA, art. 92, § 3º - (Lei nº 12.010, de 2009).

em Londres no período de 1939 a 1946, quando trabalhou com um grupo de cinco alojamentos[53] para crianças difíceis.

Esta experiência lhe possibilitou tomar contato com os processos de trabalho peculiares dos alojamentos e compreendê-los, baseando-se em sua própria teoria do Amadurecimento Pessoal. O autor e sua equipe perceberam aspectos da dinâmica da criança e dos profissionais dos alojamentos que são de extrema relevância, possibilitando refletir sobre o papel do educador nas atuais instituições de acolhimento.

Ele afirma que "o êxito no trabalho do alojamento deve ser considerado, portanto, em termos de reduzir o fracasso do próprio lar da criança" e ainda, que "o bom trabalho no alojamento deve necessariamente aproveitar tudo o que tiver restado de bom do lar da criança" (Winnicott, 1947/2012, p. 64). Assim, não se pode pensar nesta instituição como equivalente e substitutiva ao lar de origem da criança, pois não existe tal equivalência. Um abrigo, por melhor que seja, nunca terá as mesmas características de um lar. Além disso, a equipe psiquiátrica de Winnicott percebeu que as crianças que necessitavam dos alojamentos eram as consideradas "difíceis" a priori, ou seja, aquelas que não haviam tido experiências de um lar primário satisfatório. Esta constatação os orientou a conceber o abrigo como um ambiente voltado a atender às necessidades especiais dessas crianças no sentido da constituição de uma personalidade integrada. A este respeito, ele escreveu:

> Por experiência de lar primário entende-se a experiência de um ambiente adaptado às necessidades especiais da criança, sem o que não podem ser estabelecidos os alicerces da saúde mental. Sem alguém especificamente orientado para suas necessidades, a criança não pode encontrar uma relação operacional com a realidade externa. Sem alguém que lhe proporcione satisfações instintivas razoáveis, a criança não pode descobrir seu corpo nem desenvolver uma personalidade integrada. Sem uma pessoa a quem possa amar e odiar, a criança não pode chegar a saber amar e odiar a mesma pessoa e, assim, não pode descobrir seu sentimento de culpa nem o desejo de restaurar e recuperar. Sem um ambiente humano e físico limitado que ela possa conhecer, a criança não pode descobrir ate que ponto suas ideias agressivas não conseguem realmente destruir e por

[53] Winnicott utilizou o termo 'alojamento' para descrever tanto os "lares de pessoas comuns", que recebiam crianças evacuadas das grandes cidades, quanto as instalações organizadas para acomodar um grupo problemático de crianças que não se adaptava a esses lares. Posteriormente, estas instalações passaram a se chamar 'internatos para crianças desajustadas' (Winnicott, 1999). Atualmente no Brasil estas instituições correspondem aos acolhimentos institucionais.

> conseguinte, não pode discernir fantasia de fato. Sem um pai e uma mãe que estejam juntos e assumam juntos a responsabilidade por ela, a criança não pode encontrar e expressar seu impulso para separá-los nem sentir o alivio por não conseguir fazê-lo. O desenvolvimento emocional dos primeiros anos é complexo e não pode ser omitido, e toda criança necessita absolutamente de um certo grau de ambiente favorável se quiser transpor os primeiros e essenciais estágios desse desenvolvimento. (Winnicott, 1947/2012, p. 63-64.)

O contato com as crianças evacuadas permitiu a Winnicott desenvolver e aprofundar a teoria sobre a tendência antissocial, gerando uma contribuição inestimável para o tema. De forma simplificada, podemos afirmar que a tendência antissocial tem como origem uma perda, por parte da criança, de algo que foi vivenciado como bom, num momento do desenvolvimento em que ela já alcançou a capacidade de perceber que a causa desta perda foi devida a uma falha do ambiente – já há, portanto, a constituição de um si-mesmo unitário em oposição ao ambiente que o circunda. Winnicott (2000) utiliza o termo de-privação para descrever esta perda, que pode ter sido, por exemplo, a separação dos pais. Este acontecimento desencadeia na criança uma sensação de dívida do ambiente para com ela. A este respeito, Winnicott (1956/2000) explica que: “A tendência antissocial caracteriza-se por um *elemento que compele o ambiente a tornar-se importante*[54]. O paciente, devido a impulsos inconscientes, obriga alguém a encarregar-se de cuidar dele” (p. 409).

Outro aspecto crucial da tendência antissocial é a esperança. A manifestação do ato antissocial – como o roubo, arroubos de destrutividade ou a enurese – acontece justamente quando há a esperança de que se possa reexperimentar o intenso sofrimento que se sucedeu à de-privação. “Trata-se da busca por uma provisão ambiental perdida, uma atitude humana que, por ser confiável, proporciona ao indivíduo a liberdade de mover-se e agir e exercitar-se” (Winnicott, 1956/2000, p.411).

O tratamento, segundo Winnicott (1956/2000), é o fornecimento de um ambiente estável e que cuida, o qual poderá ser testado pela criança e que possa sobreviver a estes testes. É essencial que se busquem relações que acolham e fortaleçam a esperança na constituição de vínculos mais saudáveis.

[54] Grifo do autor.

Considerando que o tratamento indicado a essas crianças “difíceis” é o manejo, o autor atenta para o fato de que as necessidades da equipe do abrigo também devem ser contempladas, uma vez que “as crianças só poderão colher benefícios de suas relações com os supervisores se estes se sentirem felizes, satisfeitos e estáveis em suas funções” (Winnicott, 1947/2012, p.74).

Em “Privação e Delinquência”, ele comenta sobre a capacidade deste profissional de assimilar experiências e lidar de modo autentico e espontâneo com os acontecimentos e relações. Pois “somente aqueles que são suficientemente confiantes para serem eles mesmos e para agirem de um modo natural, podem atuar coerentemente todos os dias” (Winnicott, 1947/2012, p. 76).

Refletindo a respeito da relação entre as crianças acolhidas e a pessoa do cuidador, podemos concluir que, quanto mais próximo do saudável foi o amadurecimento do educador, maiores serão as suas condições de lidar de forma espontânea e autentica com a criança, conforme mencionado acima. Assim, se este educador desenvolveu-se em um ambiente não suficientemente bom em sua infância, haverá o risco dele reviver as mesmas experiências no vínculo com as crianças institucionalizadas, surgindo identificações de sentimentos e emoções, porém sem uma elaboração dos mesmos. Esta ‘identificação-sem-elaboração’ pode favorecer o adoecimento do profissional, bem como a sua incapacidade de proporcionar um ambiente suficientemente bom às crianças que estão sob seus cuidados.

Neste estudo, descreveremos e proporemos uma reflexão acerca de experiências de psicólogas do APOIAR – Programa inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP, sob supervisão de Paula Orchiucci Miura e coordenado pela Professora Livre Docente Leila Salomao de La Plata Cury Tardivo – como facilitadoras de atividades com cuidadores provenientes Programas de Acolhimento Institucional na cidade de São Paulo. Visamos compreender as relações entre as experiência do cuidador e características do ambiente institucional com o cotidiano de trabalho com as crianças abrigadas.

Desenvolvimento

Este trabalho despertou atenção para diversos aspectos referentes ao trabalho em instituições de acolhimento às crianças destituídas de suas famílias. Tendo-se como compreensão, por meio do ECA e baseando-nos nos estudos de Winnicott, a importância e o papel desta instituição ao desenvolvimento emocional da criança, reforçamos a necessidade de apoio aos cuidadores de crianças acolhidas, sejam estes cozinheiros, motoristas, equipe técnica, coordenação, etc. – ou seja, qualquer profissional que esteja envolvido no cuidado com a criança destituída de sua família.

A experiência de condução de atividades com cuidadores revelou que, inicialmente, as queixas apresentadas por eles consistiam em: dificuldades no relacionamento entre si; conflitos relativos a diferentes condutas na relação com as crianças, que geravam julgamentos e rivalidade entre eles; e, ainda, identificações de histórias de vida de alguns cuidadores com as crianças. Também foi comum observar dificuldades de confiança .

A problemática da confiança faz pensar sobre a experiência de profissionais que atuam em um ambiente que justamente recebe e se relaciona com crianças que sofreram rompimentos afetivos. Assim, observamos um temor inicial do cuidador de confiar em si e nos outros. Considerando que a tendência antissocial tem como origem a perda de algo vivenciado pela criança previamente como bom, os profissionais que atuam diretamente com as mesmas expressam sua dificuldade em confiar neste mesmo ambiente, vivido por eles como ambiente de trabalho. É necessário um ambiente estável e que possibilite relações que acolham e fortaleçam a esperança na constituição de vínculos mais saudáveis.

Ao longo das experiências dificuldades e eles solicitavam orientações a respeito de como proceder com as crianças, assim como dificuldade em reconhecer as soluções e ações diante de imprevistos com as crianças em sua rotina.

Temas, como sexualidade, compulsão, agressividade e comportamentos delinquentes surgiram em relação a dificuldades no manejo com as crianças. O desamparo surgiu também em outro contexto, projetado nas crianças, em relação à questão do desabrigamento das crianças que seriam adotadas ou dos adolescentes que atingissem a idade máxima de permanência na instituição. Este momento costumava trazer à equipe sofrimento e angustia intensos relativos à preocupação com os cuidados que elas receberiam fora da instituição e denotava o “apego” com as mesmas, o que dificultava sobremaneira a separação.

Ressaltamos que, além da compreensão sobre a relação dos cuidadores sociais com as crianças acolhidas, de forma a preservar o fornecimento de um ambiente suficientemente bom ao desenvolvimento destas crianças, há a necessidade de um olhar mais atento aos cuidados e apoio às instituições, pois é necessário que se dê apoio e sustentação a esses profissionaIs, como vimos notando na busca de instituições Parceiras do APOIAR.

Conclusão

As percepções deste trabalho nos fazem refletir a respeito da necessidade de um espaço de apoio ao profissional que atua com crianças institucionalizadas, possibilitando perceber suas próprias vivências infantis e a maneira como foram elaboradas., pois um profissional autêntico e disponível poderá se adaptar às necessidades das crianças.

Apesar da recomendação, expressa no ECA, de que os profissionais dos abrigos recebam suporte na forma de supervisão e acompanhamento providos pelas instâncias municipal, estadual e judiciária, não se observa que este apoio de fato ocorra na prática ou que supra as necessidades reais destas instituições. Alguns Programas de Acolhimento Institucional, como os que abriram espaço para a realização de atividades de psicólogas do APOIAR, envolvidos e tocados com as demandas de sua equipe e preocupados em oferecer um ambiente suficientemente bom às crianças e adolescentes sob seus cuidados, têm como alternativa recorrer a formas alternativas e ‘extraoficiais’ de amparo. Este trabalho levanta a importância da adoção e manutenção de práticas de cuidado e escuta voltadas para os cuidadores de abrigos como forma de garantir uma melhor qualidade no atendimento prestado.

Referências Bibliográficas

Brasil. (1990). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Presidência da República – ‘Casa Cívil.

Brasil. (2009). Lei nº 12.010 de 03 de agosto de 2009.Presidência da República – Casa Cívil.

Brasil. (2013). *Revista em Discussão! Revista de audiências públicas do Senado Federal*. Ano 4, n. 15, maio de 2013. Recuperado de http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/abrigos-para-criancas-e-adolescentes.aspx.

Parente, K.S. (2007) *Mãe Social e vínculos com crianças abrigadas: compreensão e intervenção - Relato de caso*. (Monografia de conclusão de curso de Especialização). NAIPPE/USP – Núcleo de Análise Interdisciplinar de Políticas e Estratégias da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Winnicott, D.W. (1956/2000) A tendência anti-social. In: *Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas* (p.406-416). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D.W. (1947/2012) Tratamento residencial para crianças difíceis. In: *Privação e Delinquência* (p.59-80). 5ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 2012.

O ATENDIMENTO DE UMA CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: COMPREENSÃO DA DINÂMICA PSÍQUICA

CLAUDIA RODRIGUES SANCHEZ

PAULA ORCHIUCCI MIURA

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de compreender a dinâmica psíquica de uma criança vítima de violência doméstica atendida há 5 anos no APOIAR - Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O estudo foi feito a partir de estudo de caso, utilizando-se um recorte de uma sessão de psicoterapia. Empregou-se como fundamentação conceitos teóricos de obras dos autores clássicos em Psicanálise: Freud, o criador, Ferenczi, Melanie Klein, Winnicott. A discussão deste estudo tem seu início no trauma da criança caracterizado pelo abandono real e afetivo de seus pais. Em tratamento psicoterápico a paciente pode re-vivenciar e re-elaborar sentimentos em relação ao pai, encontrando possibilidade de significação na relação com o outro.

Palavras-chave: Terapêutica Psicanalítica, Violência Doméstica, Mecanismo de Defesa.

INTRODUÇAO

Este trabalho descreve e analisa o caso de uma criança vítima de violência doméstica, institucionalizada e que iniciou tratamento psicológico há cerca de 5 anos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social – Projeto APOIAR, coordenado pela Profª. Drª Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Para compreensão da dinâmica psíquica desta criança, buscamos conceituar e ilustrar os mecanismos de defesa observados no decorrer do processo terapêutico.

As concepções de Freud sobre o traumatismo mostram que o afluxo de excitações é excessivo frente ao aparelho psíquico. São excitações que tomada isoladamente, seriam toleráveis; mas acontece de modo violento, ou ainda, ocorre um acúmulo de excitações. A angústia é a consequência imediata de todo traumatismo. Consiste num sentimento de incapacidade de adaptar-se à situação de desprazer. Normalmente, o efeito traumático de um acontecimento é liquidado, ou por ab-reação, ou por integração no grande complexo das associações. (Freud, 1915/1996).

Segundo Sándor Ferenczi (1934),

> "O comportamento dos adultos em relação a criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma. Eles dão, em geral, e num elevado grau, prova de incompreensão aparente. A criança é punida, o que, entre outras coisas, age também sobre a criança pela enorme injustiça que representa. A expressão húngara que serve para as crianças, "katonadolog" (a sorte do soldado) exige da criança um grau de heroísmo de que ela ainda não é capaz. Ou então os adultos reagem com um silêncio de morte que torna a criança tão ignorante quanto se lhe pede que seja" (p.111)

Acompanhando as reflexões de Ferenczi (1934), na qual ele aponta o uso do recurso técnico da "análise pelo jogo" segundo o qual não se deve declarar satisfatoriamente uma análise que não tenha culminado na reprodução real dos processos traumáticos, no qual repousa em última instância a formação do caráter e dos sintomas. (p. 73) . Ao associarmos ao caso clinico deste estudo, à formulação teórica que daí ocorre repousa na definição de ab-reação.

Esse conceito o é assim definido:

> "Ab-reação: Descarga emocional pela qual um sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico. A ab-reação, que pode ser provocada no decorrer da psicoterapia, principalmente sob hipnose, e produzir então efeito de catarse, também pode surgir de modo espontâneo, separada do

traumatismo inicial por um intervalo mais ou menos longo." (PONTALIS,1995, p. 1).

Henri Piéron (1966) define ab-reação como um termo que designa a expressão de afetos ou impulsos, até então bloqueados por um mecanismo de defesa, e que se extravasam no comportamento, na emoção e na palavra, habitualmente no decurso de um tratamento psicoterápico, ou sob uma ação farmacodinâmica.

Por se tratar de compreender a situação traumática vivida relacionada à violência doméstica, já visto no conceito de ab-reação, de que afetos ou impulsos são bloqueados por mecanismo de defesa, mecanismos estes caracterizado para conter a angústia que predomina na psique, processos inconscientes ou subconscientes que de alguma forma conseguem resolver conflitos conscientes. Freud, Klein e outros psicanalistas, em suas obras fazem referência a este mecanismo, e aqui pode ser mencionado o mecanismo de idealização como defesa.

Para Freud (1914), a idealização é um processo que diz respeito ao objeto, e pelo qual este é engrandecido e exaltado psiquicamente sem alteração da sua natureza. "A idealização, particularmente a dos pais, faz necessariamente parte da constituição, no seio do sujeito, das instâncias ideais. Mas, não é sinônima da formação de ideais da pessoa, com efeito, ela pode incidir num objeto independente – idealização de um objeto amado, por exemplo." (Pontalis,1995, p. 224).

Para Melanie Klein (1952), a idealização do objeto é um papel defensivo. Para esta autora, a idealização do objeto seria essencialmente uma defesa contra as pulsões destrutivas; neste sentido, ela seria correlativa de uma clivagem levada ao extremo entre um "bom" objeto idealizado e provido de todas as qualidades (por exemplo, o seio materno sempre disponível e inesgotável) e um "mau" objeto, cujos traços persecutórios são igualmente levados ao paroxismo.

Freud utiliza a expressão Elaboração Psíquica para se referir ao trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em estabelecer entre elas conexões associativas. (PONTALIS,1995, p. 143).

A elaboração em Winnicott não é tanto elaboração psíquica das imagens e das significações que já estão pré-existentes ao campo analítico, mas a questão fundamental

para este autor é, justamente, que a análise possa ser pautada por este tipo de experiência que reorganiza e reposiciona o self frente a si e frente ao outro e que acaba também reorganizando a própria situação psíquica do paciente. (WINNICOTT,1987 apud SAFRA et al., 2005).

Safra (2005), tendo como referência a teoria de Winnicott, aborda a questão de que quando um paciente vive um tipo de experiência que não encontra possibilidade de significação na relação com o Outro, que não alcança o registro simbólico, toda vez que ele se aproxima daquela experiência ele tende a encontrar-se frente a uma possível agonia impensável.

Uma vez que o jogo da criança é estabelecido e sustentado pelo jogo do analista, ocorrerá uma possibilidade de que um tipo de trabalho seja feito, que eventualmente levará à mutação da situação de self do paciente. (WINNICOTT,1987 apud SAFRA et al., 2005).

MÉTODO

As reflexões que compõem esse trabalho foram desenvolvidas a partir de um atendimento psicoterápico realizado no âmbito do APOIAR - Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica.

O método empregado é clínico com base em estudo de caso, foi realizado trabalho de psicoterapia de uma criança vítima de violência doméstica, com atendimento semanal, há 05 anos, sendo que foi atendida por uma psicóloga por cerca de três anos, foi feito um trabalho para mudança de terapeuta, com a qual a criança continua em tratamento.

Inicialmente foi feito o Psicodiagnóstico, com os seguintes instrumentos: Hora de Jogo Diagnóstica; Procedimento de Desenho-Estória (D-E); Teste de Apercepção Temática Infantil – com Figuras de Animais (CAT-A); Teste das Fábulas de Duss e Questionário de Depressão Infantil (CDI). Feita as devidas devolutivas, com a criança e com os responsáveis técnicos da instituição.

Nas sessões surgiram aspectos relacionados ao abandono dos pais, idealização dos mesmos; auto estima; agressividade; afetividade e perdas. O que foi trabalhado no

setting. A paciente demonstrou melhora no âmbito dos atendimentos, pôde expor sentimentos através do verbal e do lúdico.

BREVE RELATO DO CASO CLÍNICO

Dora[55] (nome fictício), na época do início do tratamento psicoterápico, com 06 anos, residia em um abrigo, junto com mais cinco irmãos.

A família é composta por pai, mãe e seis filhos (quatro adolescentes, Dora e, um irmão mais novo que a paciente). Viviam na mendicância e extrema vulnerabilidade. Os pais recolhiam lixo reciclável. Os filhos dormiam no meio do lixo e passavam o dia em carroças de coleta de lixo pela cidade. Todos os filhos foram institucionalizados, os quatro irmãos encontram-se abrigados na mesma instituição.

Dora foi encaminhada ao Atendimento Psicológico no Apoiar, pelos técnicos do Abrigo por suspeitarem que a criança tinha sofrido abuso sexual antes de ser institucionalizada. Quando Dora chegou ao abrigo, rejeitava qualquer aproximação de técnicos homens e fazia as necessidades fisiológicas na roupa a qualquer hora do dia. E porquê também, a mãe de Dora, em visita à filha, teria insinuado que o pai da criança teria feito algo a ela que sua mãe nunca poderia perdoá-lo, levantando assim mais suspeita sobre a situação de abuso.

Existem relatos dos técnicos do Abrigo de que após recente institucionalização das crianças, o pai de Dora em visita à filha, retirava sua própria camisa, colocando a filha sentada em seu colo fazia carícias, e em seguida dava dinheiro a criança. Esta situação foi levada à ciência do Conselho Tutelar, após os tramites legais, acarretou na destituição do poder familiar e a proibição dessas visitas.

É de conhecimento da paciente de que seu pai casou-se novamente, formando nova família, assumindo dois filhos de sua atual companheira, e tendo uma deste seu atual relacionamento.

De acordo com a demanda das sessões foi sendo trabalhado aspectos relacionados a autonomia da paciente; ao abandono dos pais, idealização dos mesmos; limites e regras do social; auto estima; agressividade; afetividade e perdas.

[55] Os pacientes atendidos no APOIAR assinam um termo onde concordam que seu material possa ser empregado em trabalhos científicos, mantendo o anonimato.

No decorrer dos atendimentos percebeu-se que a paciente utilizava de mecanismos de defesa como uma forma de conter sua angústia, por exemplo, no espaço psicoterápico, Dora verbaliza que seus pais não vão visitá-la na instituição porque trabalham, e não podem. Num outro momento, diz que sua mãe não vai vê-la porque quebrou o braço, mas que ela ligou.

Fazendo um recorte de uma sessão, realizada neste último ano de atendimento, Dora consegue trazer à tona sentimentos em relação a seu pai. Paciente e terapeuta brincavam do “jogo da forca”. Na vez da terapeuta ela coloca uma palavra que faz lembrar a instituição que abriga a paciente, e parece desencadear associações ligadas aos seus pais. A paciente acerta a palavra com sucesso. Logo após, Dora diz: -Vamos fazer pintura! Solicita ajuda da terapeuta para fazer um desenho em papel pardo, com colagem e pintura. Primeiramente ocorre o preparo para a realização do trabalho; pegam o material que precisam, o papel pardo, folhas de sulfite, lápis, tesoura, cola, tintas guache e potinhos com água. Dora verbaliza que vai dar de presente para seu pai. Vou fazer bem bonito para dar ao meu pai. (sic).

Faz um trabalho de colagem, sempre solicitando a ajuda da terapeuta, após ser desenhado vários corações na folha de papel sulfite, recortados e colados no papel pardo. Dora cola um coração maior do que os outros no centro da folha de papel pardo e escreve dentro deste coração: “PAI. EU TE AMO”.

A Dora diz que quer presentear seu pai com o trabalho manual feito por ela, mesmo sabendo que o mesmo não a visitava. Ela diz que quando ela o vir, lhe entregará sua produção. Neste momento da sessão Dora diz que seu pai casou-se novamente, mora com outra mulher e teve uma filha deste seu novo relacionamento.

Após esta sessão, ocorreram mais 04, sendo que em todas paciente e terapeuta trabalharam na colagem e pintura, assim como também em aspectos psíquicos relacionados. Após o término, Dora leva embora sua produção, apresentada na figura 1.

Figura 1 – Trabalho manual feito pela paciente

DISCUSSÃO

Na especificidade deste caso clínico, a terapeuta procurou acolher a paciente frente à angústia e os conflitos que se manifestaram no decorrer dos atendimentos.

Dora conseguiu expressar seu amor por seu pai biológico, possivelmente idealizado. Através desses processos Dora pode através da ação, trabalho manual de colagem e pintura; e através do verbal, “Pai. Eu amo você”, trazer à tona o conflito caracterizado pelo abandono real e afetivo de sua família biológica, especificamente do pai, ainda que idealizando e negando a realidade da ausência deste pai. Como coloca Safra (2005) a análise pode ser pautada por este tipo de experiência que reorganiza e reposiciona o self frente a si e frente ao outro e que acaba também reorganizando a própria situação psíquica do paciente. No caso de Dora, parece que a análise possa ser pautada por este tipo de experiência, o fato de Dora conseguir se expressar no espaço psicoterápico, pode ser um início desse processo de elaboração, pois ainda vem com forte idealização, como estabeleceu Klein (1952).

Nota-se que o nível de angústia de Dora, encontrou saída para um possível conflito psíquico, onde a percepção de desprazer pode ser aniquilada e assim encontrar novo sentido, emergindo sentimentos de esperança.Percebeu-se que através do trabalho

terapêutico desenvolvido nos atendimentos e mais propriamente na análise pelo jogo, que a paciente se utilizou de mecanismos de defesa, sobressaindo sobre os demais, a idealização.

No contexto dos atendimentos pôde se perceber que a paciente atribuiu ao pai características positivas, que não correspondem à realidade. Idealizando seu genitor, trouxe sentimentos bons em relação a ele, sendo aí uma tentativa de elaborar a situação psíquica, podendo contar à terapeuta, que o pai casou-se novamente- trazendo assim a realidade que vive.

O trabalho manual realizado por Dora, assim como suas falas indicam que houve uma descarga emocional pela qual ela consegue se libertar dos acontecimentos que desencadearam seu trauma, esta ab-reação, consequentemente a leva a uma elaboração psíquica. Processo este que parece ter sido iniciado devido as tentativas da paciente em estabelecer novas conexões associativas, Dora se permite externalizar sentimentos bons que ela possui, assim, demonstrando maior disponibilidade interna em seus relacionamentos.

No desenho tem três corações, um preto, um vermelho e um branco, e tem um coração maior com contorno preto e colorido por dentro, mas todos respingados de preto, neste coração maior paciente escreve: “Pai. Eu amo você.” O desenho parece mostrar para além do abandono, a idealização.

Apresenta-se neste trabalho somente a reflexão e associação aos conceitos de ab-reação, idealização e elaboração psíquica, como processos que estão ocorrendo.

CONSIDERAÇOES FINAIS

Neste caso clinico, o destaque que se faz refere-se à Elaboração Psíquica, trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em estabelecer entre elas conexões associativas. Nota-se indicativos de que a paciente ainda se utiliza de mecanismos de defesa, contudo parece que o processo de elaboração começa a se desenvolver, pois a Dora consegue verbalizar dados da sua realidade.

Dora, encontrando meios de se expressar, revivencia sua afetividade em relação a seu pai biológico, pai este que se mostra ausente e incapaz se corresponder aos sentimentos da paciente. Ao se reorganizar, consegue se reposicionar em relação ao conflito, assim, também o faz em relação a si mesma e aos outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Laplanche, J.; Pontalis, J. B (1995) Vocabulário da Psicanálise São Paulo: Editora Martins Fontes.

Piéron, H.; (1966) Dicionário de Psicologia. Editora Globo.

Freud, S. (1915-17/1996) Conferências Introdutórias –Conferência 23 -Os Caminhos da Formação dos sintomas in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII –Rio de Janeiro: Imago.

______. (1914/1996) Introdução ao Narcisismo in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XIV – Rio de Janeiro: Imago.

______. (1921/1996) Psicologia das Massas e Analise do Eu in Edição Standard Brasileira das obras Completas de Sigmund Freud v. XVIII – Rio de Janeiro: Imago,

______. (1952/1991) Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. Obras Completas de Melanie Klein: v. III Inveja e Gratidão e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago.

______. (1934) Reflexões sobre o Trauma in Edição Brasileira das obras Completas de Sándor Ferenczi. Psicanálise IV – São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Safra, G. (2005) Revisitando Piggle. Um caso de Psicanálise Segundo a Demanda. Série: A Prática Clínica de Winnicott, Editora Sobornost, 2005.

O DESENHO DA PESSOA NA CHUVA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO I

VÂNIA VARGAS

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

MARIANA MESQUITA

ISABELA VIEIRA

CAROLINE VAZ

Resumo: apresenta-se um estudo exploratório das contribuições do Teste do Desenho da Pessoa na Chuva, como técnica projetiva gráfica que se propões sensível situações de tensão, como as decorrentes do diagnóstico e tratamento de uma enfermidade crônica. O objetivo do estudo foi verificar as diferenças nesse instrumento aplicado num grupo diagnosticado com Diabetes Mellitus Tipo I e um grupo controle não diabético, entre seis e 16 anos de idade, ambos os sexos. Cada desenho foi classificado segundo categorias de análise, e os dados submetidos a tratamento estatístico com o uso do teste Qui-quadrado. Como resultados foram encontrados no grupo de crianças com diabetes em relação ao grupo controle diferenças: **no traçado mais forte** o que denota sinais de ansiedade e insegurança; **na localização** que podem referir sinais de maior depressão e **na chuva forte**: marcando que um impacto grande que pode ter ocorrido com o diagnóstico e mudanças drásticas que o diagnóstico da doença crônica proporciona em suas vidas. Conclui-se que o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva pode auxiliar no diagnóstico de defesas e traços que precisam ser trabalhados nos pacientes com diabetes, podendo ser de grande valia, juntamente com outros instrumentos de avaliação, contribuindo para o tratamento de pacientes com doença crônica como o diabetes.

Palavras-chave: Teste da Pessoa na Chuva, Avaliação Psicológica, Técnicas Projetivas gráficas, Diabetes Mellitus tipo I

Introdução: O Diabetes Mellitus Tipo I (DMI) é uma doença metabólica autoimune, que se revela principalmente durante a infância e adolescência. Sua prevalência vem aumentando e a Federação Internacional de Diabetes considera que, a cada ano, 70 mil casos novos são diagnosticados na população mundial de crianças e adolescentes. O impacto desta realidade tem repercussões sociais e econômicas assim como, implicações

pessoais na vida destes pacientes e familiares, que abrangem desde adaptações e restrições que evitem as possíveis complicações da doença, até a morte. Para evitar tais complicações são necessários cuidados que envolvem aplicações diárias de insulina, medições de glicemia capilar, acompanhamento periódico de exames médicos, controle alimentar, realização de atividade física. Por se tratar de uma doença crônica, seu diagnóstico desencadeia um processo que muda drasticamente a vida dos pacientes e familiares (Bennet, 1994). Requer adaptação imediata, reorganização e aceitação do tratamento necessário para sobrevivência, assim como, para evitar ou retardar o estabelecimento de complicações. Esta experiência repentina pode gerar emoções como medo da morte, desânimo, agitação, rebeldia, entre outros (Burke & Elliot, 1999).

Deste modo, a manutenção do equilíbrio metabólico é acompanhada pela necessidade de equilíbrio psicológico em relação a doença e suas exigências, conforme relatam Mescon e Honig (1995). Alguns estudos apontam que a criança portadora de doença crônica pode ter seu desenvolvimento físico e emocional afetado e apresentar desajustes psicológicos decorrentes da enfermidade e do tratamento (Hamlett, Pellegrini & Katz, 199). Diante da realidade do diagnóstico do Diabetes Mellitus Tipo I é relevante realizar avaliação psicológica destes pacientes para conhecer as defesas psicológicas utilizadas para lidar com o impacto que o diagnóstico causa assim como para lidar com a rotina da doença crônica.

No processo de avaliação psicológica, as técnicas gráficas podem contribuir pois apresentam instruções amplas e estímulos menos estruturados permitindo conhecer as associações e variadas respostas que o indivíduo utiliza para manifestar sua subjetividade. (Sendín, 2000).

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar as possibilidades de emprego Teste da Pessoa na Chuva junto a crianças e adolescentes com DMI, como instrumento auxiliar para apreender a experiência emocional dessas crianças .

Método:

Participantes: Participaram deste estudo 98 crianças entre 6 e 16 anos de idade, sendo 52 participantes do grupo controle, sem a enfermidade e 46 do grupo clinico de crianças com DMI que são atendidos no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.

Os dados dos participantes estão na Tabela 1, que mostra a distribuição da idade em função do grupo e do sexo dos mesmos.

Tabela 1. Distribuição da idade em função do grupo e sexo dos participantes

Idade anos	Controle						Experimental						Geral	
	Masculino		Femini		Total		Masculino		Femini		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6	2	7,1	-	-	2	3,8	2	8,0	-	-	2	4,3	4	4,1
7	2	7,1	1	4,2	3	5,8	2	8,0	1	4,8	3	6,5	6	6,1
8	7	25,0	2	8,3	9	17,3	6	24,0	2	9,5	8	17,4	17	17,3
9	3	10,7	4	16,7	7	13,5	2	8,0	2	9,5	4	8,7	11	11,2
10	-	-	5	20,8	5	9,6	-	-	5	23,8	5	10,9	10	10,2
11	2	7,1	2	8,3	4	7,7	2	8,0	2	9,5	4	8,7	8	8,2
12	2	7,1	2	8,3	4	7,7	2	8,0	2	9,5	4	8,7	8	8,2
13	2	7,1	4	16,7	6	11,5	2	8,0	3	14,3	5	10,9	11	11,2
14	4	14,3	2	8,3	6	11,5	3	12,0	2	9,5	5	10,9	11	11,2

15	2	7,1	2	8,3	4	7,7	2	8,0	2	9,5	4	8,7	8	8,2
16	2	7,1	-	-	2	3,8	2	8,0	-	-	2	4,3	4	4,1
Total	28	53,8	24	46,2	52	100,0	25	54,3	21	45,6	46	100,0	98	100,0

Pode-se observar que a amostra foi composta por 98 crianças [1] de ambos os sexos, com idades entre 6 e 16 anos. A média das idades foi de 10,88 anos e o desvio padrão de 2,84. Considerando a amostra total 52 participantes formaram o grupo controle e 46 o clínico (diabéticos). A média da idade do grupo controle foi 10,85 de e o desvio padrão de 2,82, já para o grupo clínico, a média foi de 10,91 e o desvio padrão de 2,88. A diferença entre as médias das idades dos dois grupos não foi estatisticamente significante (t=-0,116, p>0,01).

Instrumentos: A origem do teste da Pessoa na Chuva é incerta e a sua autoria imprecisa. Pode ter relação com técnica gráfica elaborada e utilizada em 1924 por M. Fay, na qual solicitava a representação de uma mulher que passeia na chuva, mediante a seguinte instrução: “Desenhe uma mulher que passeia pela rua, chove”[56]. (Querol e Paz (1997, p.15).

O teste da Pessoa na Chuva (Querol & Paz, 1997) é uma técnica simples, que pode ser administrada individual ou coletivamente em crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos. O material necessário para aplicação é lápis grafite, borracha e folha de papel sem pauta que deve ser entregue ao sujeito na posição vertical com a seguinte instrução: “Desenhe uma Pessoa na Chuva.” De acordo com as autoras (idem), a interpretação do Teste da Pessoa na Chuva baseia-se nos mesmos princípios de interpretação da Figura Humana de Machover em relação aos elementos expressivos (dimensão, localização, traços, pressão, tempo e seqüência de execução, movimento, sombreado) e ao conteúdo (posição da figura humana, postura, borraduras, linhas, detalhes acessórios e sua localização, vestimenta, guarda-chuva ou substitutos, partes do corpo humano e identidade sexual).

[56] - No artigo de Costa (1957, p. 42) a instrução apresentada para o teste da mulher que passeia na chuva não inclui o local (rua), mas somente “Uma mulher passeia e chove”.

Chuva e guarda-chuva são, portanto, os elementos adicionais no desenho da figura humana: a chuva simboliza uma situação de tensão ou de hostilidade do meio, contra a qual o indivíduo precisa se proteger, e o guarda-chuva os recursos defensivos do indivíduo. De acordo com Querol e Paz (1997, p.19) a Pessoa na Chuva “agrega uma situação de estresse na qual o indivíduo não consegue manter sua fachada habitual, sentindo-se forçado a recorrer a defesas antes latentes”.

Este instrumento de avaliação foi empregado pelas condições acima mencionadas. Assim, visou-se avaliar as possibilidades do emprego da técnica em pacientes diabéticos que tiveram que se defrontar com a situação da doença, que pode gerara tensão e sofrimento. O teste pode revelar, por meio da expressão do desenho, os recursos defensivos do indivíduo para lidar com a situação. De acordo com Querol e Paz (1997, p.19) a Pessoa na Chuva “agrega uma situação de estresse na qual o indivíduo não consegue manter sua fachada habitual, sentindo-se forçado a recorrer a defesas antes latentes”

No Brasil vem sendo objeto de pesquisas de padronização e validação por Vagostello e Tardivo (2007) e revelando validade e sensibilidade na apreensão das respostas tensões e às defesas que podem ser usadas .

Procedimento: Após aprovação em Comitê de Ética, os responsáveis pelas crianças foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e mediante seu consentimento as crianças foram abordadas individualmente nos dias de consulta médica do HU/UEL. A solicitação para que fizessem o desenho de uma pessoa na chuva foi o mesmo para ambos os grupos. As crianças do grupo controle foram abordadas no ambiente escolar, com o mesmo procedimento. Os esclarecimentos e consentimentos dos responsáveis foram realizados no dia da reunião de pais na própria escola. Com a obtenção dos resultados, os desenhos foram classificados e analisados pelas pesquisadoras segundo presença ou ausência de aspectos gráficos conforme avaliação da figura humana do HTP (Buck, 1948/2003) o manual do Teste da Pessoa na Chuva (Querol&Paz,1997). Os resultados foram tabulados submetidos a análise comparativa do Qui-quadrado para a realização da discussão.

Resultados:

Por meio de comparação entre frequências de cada uma das características do Desenho da Pessoa na Chuva entre grupo controle e diabéticos, chegou-se aos seguintes resultados:

Foram calculadas as frequências de cada uma das características avaliadas no desenho para a amostra total e para os grupos experimental (diabéticos) e de controle.

As frequências das características foram comparadas pelo teste de Qui-quadrado para verificar se as mesmas eram capazes de diferenciar os grupos de controle e diabéticos.

Os resultados são apresentados a seguir [2].

Tabela 2. Qui-quadrado e frequências de cada característica para o grupo de controle e os diabéticos

Características	Controle		Diabético			
	N	%	N	%	χ2	Sig.
Localização Inferior Esquerdo	6	11,5	17	37,0	8,780	0,003
Localização Superior Esquerdo	15	28,8	5	10,9	4,856	0,028
Localização Central	7	13,5	1	2,2	4,148	0,042
Traçado – Grosso	3	5,8	17	37,0	14,616	0,001
Traçado – Apagado	14	26,9	26	56,5	8,852	0,003
Traçado – Repassado	18	34,6	29	63,0	7,903	0,005
Orelhas – Presença	4	7,7	13	28,9	7,499	0,006
Olhos – Fechados	0	0,0	6	13,0	7,225	0,007
Olhos – Presença de Pupilas	41	78,8	26	57,8	5,012	0,025
Somente pupilas	14	26,9	4	8,7	5,408	0,020
Presença de uma ou duas pálpebras	3	5,8	12	26,1	7,773	0,005
Nariz – Normal	24	46,2	31	67,4	4,471	0,034

Nariz – Grande	7	13,5	1	2,2	4,148	0,042
Boca – lábios	2	3,8	9	19,6	6,052	0,014
Braços – Grudados no corpo	12	23,1	29	63,0	16,022	0,001
Pernas – Médias	35	67,3	39	84,8	4,031	0,045
Pés – Para dentro e fora	6	11,5	17	37,0	8,780	0,003
Linha de base	12	23,1	29	63,0	16,022	0,000
Entorno Presença	28	53,8	37	80,4	7,726	0,005
Chuva – Presença	47	90,4	46	100,0	4,661	0,031
Chuva – Setorizada	11	21,2	19	41,3	4,666	0,031
Chuva – Grossa	2	3,8	17	37,0	17,121	0,001

---

[1] Foram selecionadas da amostra de controle um grupo balanceado em função da idade e sexo para este estudo.

[2] Serão apresentados somente os resultados em que foram observadas diferenças estatisticamente significantes em função do grande número de comparações realizadas. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Analisando os dados obtidos encontramos diferenças interessantes no traçado. O traçado grosso, repassado, apagado e mais forte apagado se relaciona a sinais de ansiedade e insegurança. Na localização central entres os controles (esperado) e 3º quadrante entre os diabéticos, pode ser indicativo de maior depressão. Na chuva setorizada (sobre a figura desenhada) e forte indicam realmente um impacto grande. E a forte pressão a que estão submetidos

Discussão: Avaliação do teste sobre o desenho na chuva mostrou algumas diferenças significativas em relação ao grupo controle não diabético. Nos aspectos em que se diferenciaram foi possível identificar no grupo de pacientes com DMI: sinais de imaturidade, ansiedade, insegurança, indícios de depressão como defesas, que confirmam dados da literatura. A presença da chuva forte é indício de grande impacto diante da descoberta de seu diagnóstico e realmente parece dividir suas vidas em “antes e depois” da diabetes. Porém, de fato, a realidade que ocorre quando a diabetes é

diagnosticada é mesmo bem diferente da condição de uma criança sem diabetes e negar isso seria a desadaptação.

Conclusão Conclui-se a validade do Teste neste contexto e a necessidade de atenção psicológica aos pacientes objetivando minimizar ou reverter os eventuais problemas emocionais. Estas intervenções podem trazer contribuições não só para melhorar a qualidade da interação destas crianças nos vários contextos em que vive – família, escola, equipe médica -, como também para o próprio tratamento da doença, através de respostas mais positivas da criança e da família às exigências e demandas clínicas da doença.

Referências Bibliográficas:

Bennet, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 19(2), 149-169.

Buck,J.N.(1948/2003). H-T-P, Casa – Arvore - Pessoa, Técnica Projetiva de Desenho: Manual e Guia de Interpretação. São Paulo: Vetor.

Burke, P. & Elliott, M. (1999). Depression in pediatric chronic illness: Adiathesis-stress model. Psychosomatics, 40(1), 243-249.

Ferreira, L; Miura, P. O. ; Tardivo, L. S. L. P. C. ; Barrientos, D. S.(2013) . A Expressão de Adolescentes Grávidas por Meio do Desenho da Figura Humana e do Desenho da Pessoa na Chuva. In: XI Jornada APOIAR- Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social. São Paulo: IP/USP,. v. 1. p. 301-309.

Hamlett, K. W., Pellegrini, D, S. & Katz, K. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. Journal of Pediatric Psychology, 17(1), 33-47.

Hammer, E. F. (1981) - Aplicações clínicas dos Desenhos Projetivos. Rio de Janeiro, Interamericana.

Machover, K.A. (1949). Proyectión de la personalidad en el dibujo de la figura humana: un método de investigación de la personalidad. La Habana: Cultural.

Mescon, J. A. W. & Honig, A. S. (1995). Parents, teachers and medical personnal: Helping children with chronic illness. Early Child Development and Care, 111, 107-129.

Querol, S.M.&Paz,M.I. (1997). Adaptación Y Applicación de Test de la Persona Bajo la Lluvia. Buenos Aires:JVE/Psiqué.

Sendín, M.C. (2000).Diagnóstico Psicológico: bases conceptuales y guía práctica en los contextos: clínico y educativo. Madri: Psimática.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2006). Desenho da pessoa debaixo da chuva: estudo preliminar de padronização em crianças de São Paulo. In: IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos ASBRo, 2006, Brasília. Livro de Completo - Métodos Projetivos: Investigações Psicológicas, Cultura e Subjetividade. Brasília: ASBRo, 2006. p. 775-786.

Vagostello, L. (2007). O emprego da técnica do desenho da pessoa na chuva: uma contribuição do estudo psicológico de crianças vítimas de violência doméstica. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia da USP...

Vagostello, L. ; Pinto Junior, A.A. ; Esteves, C. ; Tardivo, L. S. L. P. C. (2007) . Dibujo de la persona bajo la lluvia en niños victimas de malos tratos en Brasil. Contextos y Diversidad Cultural, v. 1, p. 156-159.

TRABALHOS DE OUTROS PROGRAMAS E PROJETOS DE ALUNOS E DOCENTES DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES GRÁVIDAS: REVISÃO INTEGRATIVA

CIBELE MONTEIRO MACEDO

GISELE ALMEIDA LOPES

DORA MARIELA SALCEDO BARRIENTOS

PAULA ORCHIUCCI MIURA

LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO

Resumo:

A violência cometida durante a gestação está intimamente ligada com agravos na saúde materna e fetal, como depressão pós-parto, entrada tardia no acompanhamento pré-natal, aborto, baixo peso ao nascer e prematuridade. Este trabalho utilizou o método de Revisão Integrativa e investigou na literatura científica as principais formas de enfrentamento da violência doméstica contra adolescentes grávidas. Foram consultados os artigos científicos em língua portuguesa, inglesa e espanhola das bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs, Edubase, Index Psi Revistas Técnico-Científicas (BVS Psicologia), Cinahl, Scopus, Web of Science, Psyc info e Indexpsi Periódicos sem restrição de época da publicação, a partir das seguintes palavras-chave: violência doméstica, adolescente, gestação, estratégias, enfrentamento e intervenções. Os resultados mostraram que as principais estratégias de enfrentamento envolviam a busca ativa de casos e abordagem em atenção primária com todos os membros familiares. Das técnicas mais utilizadas estavam, a psicoterapia, os grupos focais e oficinas educativas. A mudança na formação profissional, o fortalecimento da relação entre a atenção básica, redes de apoio e as comunidades com população vulnerável é apontada como a chave para o sucesso do enfrentamento da violência.

Palavras chave: enfrentamento, violência doméstica, adolescentes grávidas, saúde coletiva

INTRODUÇÃO

Para a OMS (1986), a adolescência corresponde à faixa etária de 10 a 20 anos, no Brasil. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, 1990) estabelece outra faixa etária, dos 12 aos 18 anos de idade.

A adolescência é considerada a fase de transição para a vida adulta, marcada de grandes transformações e novas responsabilidades que nortearão como será seu futuro. Dentre as inúmeras modificações/alterações vivenciadas na adolescência, as relacionadas ao corpo estão entre as mais intensas, uma vez que a forma corporal vai deixando de ter um aspecto infantil e assumindo uma aparência adulta (Durand & Schaiber, 2007), por isso, para muitos autores a gravidez na juventude é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido a sua magnitude e amplitude, e principalmente pelos problemas decorrentes do mesmo na qual se destaca o abandono escolar e o risco durante a gravidez (Lomonaco *et al.*, 2008).

Para a família, a maternidade, geralmente, é vista como o encerramento da adolescência e inserção no mundo adulto, gerando preocupações quanto ao projeto de vida, escolaridade, autonomia e ascensão econômica, visto que existe a ideia de que há uma ordem correta no desenvolvimento do indivíduo: primeiro a responsabilidade pessoal, depois a capacidade de relacionar-se afetivamente com o outro e só então a possibilidade de cuidado e educação com um filho (Ximenez *et al.*, 2007). Geralmente, são poucas as famílias que aceitam tranquilamente a gravidez na adolescência e lidam com compreensão e afeto com o ocorrido. O não enfrentamento adequado destes conflitos, por parte dos familiares e/ou parceiros, pode levar a um estresse e resultar em atritos físicos e verbais. Dessa forma, a própria gestação pode ser uma porta de entrada para perpetuação de situações de violência doméstica (Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008).

No Brasil, pesquisas com puérperas em maternidades públicas apontam taxas de VPI (violência por parceiro íntimo) na gestação que variam de 7,4% e 18,2% na forma física, e 61,7% na psicológica (Durand, 2006).

Durante a gestação esses agravos causados pela violência são de especial relevância, pois, além de afetar a saúde da mulher, pode atingir de maneira direta ou indiretamente a saúde fetal, resultando em mortalidade perinatal, neonatal e em casos extremos a mortalidade materna.

OBEJTIVOS

GERAL:

Identificar as estratégias que são utilizadas para o enfrentamento da violência doméstica contra adolescentes gestantes.

ESPECÍFICOS:

1. Investigação da produção científica brasileira, com foco nas formas de enfrentar a violência doméstica contra adolescentes grávidas nas principais bases de dados online;

2. Analisar e discutir as formas de enfrentar a violência doméstica contra adolescentes grávidas propostas na literatura científica brasileira;

MÉTODO

Foi utilizado neste estudo, o método de revisão integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008). O método de revisão integrativa preconiza as seguintes etapas para a construção da análise: a) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; d) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Para Mendes *et al.* (2008), a revisão integrativa “proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa” (p. 763).

As bases de dados online utilizadas para a composição do estudo foram: Scielo, Medline, Lilacs (Portal BVS), Edubase. Embase, Cinahl, Scopus, Web of Science, Psyc Info e Indexpsi Periódicos. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave combinadas entre si: violência AND [gestantes OR grávidas AND adolescentes] AND [estratégia OR estratégias] AND enfrentamento AND [intervenção OR intervenções] AND prevenção.

Para fazer parte do estudo o artigo deveria enquadrar-se nos seguintes critérios de inclusão:

- Descrever estratégias de enfrentamento da violência contra gestantes adolescentes realizadas na Atenção Básica, nas escolas, e outras instituições de atendimento ao jovem;

- Descrever experiências resultantes de programas e projetos desenvolvidos de acompanhamento ao adolescente e seus familiares em equipamentos hospitalares, de internação ou emergência;

Depois de realizada a busca nas bases de dados, foi feita a leitura dos resumos para identificação da abordagem do enfrentamento da violência e verificado se ele se enquadra nos critérios de inclusão. Quando os dados não constavam no resumo, o artigo era lido na íntegra. Para a análise dos artigos das bases de dados online foi realizada a adaptação do instrumento de coleta validado por Ursi (2005). O instrumento abrange os seguintes itens: identificação da publicação, instituição sede do estudo, tipo de publicação, características metodológicas do estudo e avaliação do rigor metodológico (Ursi, 2005).

RESULTADOS

O número total de artigos encontrados em todas as bases de dados foi de 62 artigos, destes, 17 (27%) enquadravam-se nos critérios de inclusão e foram incorporados à revisão integrativa. Conforme esquematizado na tabela a seguir:

Tabela 1: Número de artigos por base de dado

Base de Dado	Nº de artigos
Scielo	08 (47%)
MedLine	03 (17%)
Lilacs	01 (5%)
Edubase	0
Embase	01 (5%)
Cinahl	01(5%)
Scopus	0
Web of Science	0
Psyc Info	01(5%)

Indexpsi Periódicos	02 (11%)

Pôde-se perceber que na maioria dos artigos (47%), os estudos incorporados à revisão foram encontrados na base de dados Scielo. O acesso a alguns bancos de dados da CAPES é restrito a assinantes, portanto, o acesso a algumas bases de dados foi prejudicado.

Todos os artigos incluídos na revisão citaram como uma forma de enfrentamento a mudança na formação profissional e elaboração de instrumentos eficazes para a identificação dos casos e instrumentos para avaliação da atuação profissional.

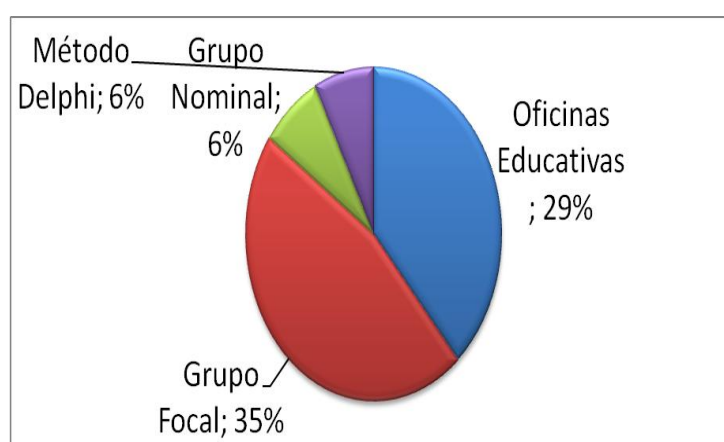



Gráfico 1: Técnicas mais utilizadas para o enfrentamento da violência doméstica contra adolescentes grávidas

O grupo focal foi à técnica mais utilizada (35%) pelos profissionais da saúde no enfrentamento da violência. O grupo focal consiste em sessões grupais de discussão (Ressel, Beck, Gualda, Hoffman, Silva, Sehnem & Dutra, 2008) centralizando uma temática específica. No caso dos estudos, os temas abordados durante os grupos foram: gênero, sexualidade, gestação, relação das adolescentes com seus bebês e famílias e situações de violência. Os dados mostraram que muitas adolescentes não se reconheciam em situação de violência. O maior desafio das equipes foi lidar com a naturalização e cristalização da violência.

A segunda técnica mais utilizada pelos profissionais como forma de enfrentamento foram as oficinas educativas (29%). Essa técnica proporciona o aumento da autoestima e independência financeira do agressor, pois muitas vezes aprendem um novo ofício, como o artesanato. Essa técnica não só funciona como uma forma de enfrentamento, mas

também como uma forma de proteção do enfrentamento, a vítima dificilmente voltará a conviver com o agressor por depender dele financeiramente.

A técnica do grupo nominal e método Delphi foram citados em 6% dos estudos. São metodologias participativas geradoras de consenso (Deslandes, Mendes, Pires, Campos & Souza, 2010). Elas permitem a monitorização das estratégias, promoção e proteção das relações, qualificação de registros e notificações. Foram técnicas utilizadas em conjunto com as técnicas do grupo focal e oficinas educativas. Ao empregar a técnica do grupo nominal e metodologia Delphi os profissionais podiam avaliar o andamento do processo de enfrentamento.

As estratégias apresentadas de uma forma geral procuravam estruturar o enfrentamento da violência nessas seguintes etapas: rastreamento e busca ativa de casos de violência por parceiro íntimo; abordagem em atenção primária com todos os membros familiares; respeito às diversidades; ensaios randomizados envolvendo mudanças na formação dos profissionais e no sistema de saúde no que tange ao cuidado de mulheres vivenciando violência (Signorelli, Taft & Pereira, 2012).

Considerações Finais

A atenção integral à saúde da mulher deve estar pautada e organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia (Brasil, 2010). Por isso, é preciso ficar bem claro o papel da instituição e o papel do profissional no enfrentamento da violência doméstica.

O panorama geral acerca das formas de enfrentamento da violência levantado nesse estudo permite uma reflexão maior sobre o grave problema de saúde coletiva que é a violência doméstica, e como isso reflete em vários setores da sociedade, até mesmo na eficiência ou não de sua conduta profissional. Todos os artigos citaram como um dos pilares do enfrentamento da violência à mudança na formação dos profissionais da saúde. Há a preocupação de formar profissionais capacitados para lidarem com as diferentes demandas que essas vítimas possam ter. Além da mudança na formação profissional é necessário que se inicie também um aprofundamento político e econômico abordando o impacto da violência doméstica, isso pode significar o pontapé inicial para a elaboração de políticas públicas eficientes que visem à erradicação e prevenção da violência e não só o tratamento dos seus agravos.

Por fim, a reflexão que se pretende levantar com esse estudo, é de que a resposta para o enfrentamento da violência está em um trabalho conjunto e multidisciplinar e que são muitos os caminhos para percorrer em busca de soluções para um tema relativamente novo, mas espera-se que esse panorama possa ajudar os profissionais e sensibilizá-los na compreensão e enfrentamento da problemática, principalmente no que tange ao cuidado pré-natal e as repercussões futuras que podem ocorrer caso não haja a conduta profissional certa nos casos de violência que acontecem durante a gestação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:* norma técnica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Deslandes, S. F., Mendes, C. H. F., Pires, T. de O., & Campos, D. de S. (2010) Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *10*(Supl.1), s29-s37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500003&lng=pt&tlng=. 10.1590/S1519-38292010000500003

Durand, J. G., & Schaiber, L. B. (2007). Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. Epidemiol,* 10(3).

Durand, J.G. (2006). *Gestação e violência: estudo com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina.

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.,* 17(4), 758-64.

Lomonaco, B. P. et al. Mundo Jovem: desafios e possibilidades de trabalho com adolescentes. São Paulo: Fundação Tide Setubal, 2008. 148p. Ilus.

Ministério da Saúde (Brasil). (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde- Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil. Boletim Epidemiológico, 44(9).

Moreira, T.M.M., Viana, D.S., Queiroz, M.V.O., & Jorge, M.S.B. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. esc. enferm.* 42(2), 312-320. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a14.pdf

Ressel, L. B., Beck, C. L. C., Gualda, D. M. R., Hoffmann, I. C., Silva, R. M. da, & Sehnem, G. D. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *17*(4), 779-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=pt&tlng=. 10.1590/S0104-07072008000400021.

Signorelli, M. C., Taft, A., & Pereira, P. P. G. (2012). Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. *Ciênc. saúde coletiva,*17(4), 1037-1048.

Ursi, E.S. (2005). *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Ximenez, N. F. R. G, Dias, M. S. A., Rocha, J, & Cunha, I. C. K. O. (2007).Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 279-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300006&lang=pt

World Health Organization. (1986). *Young People´s Health - a Challenge for Society.* Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO.

O PAPEL DA OBSTETRIZ FRENTE AOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

DORA MARIELA SALCEDOBARRIENTOS

AMANDA MORAIS MATIAS

AMANDA NASCIMENTO

NABILA FERNANDA ALVES PEREIRA

NATHALYA FONSECA CAMARGO

QUÉROLA LUZ DE SOUZA LIMA

REDRYS MENOSSI

PAULA ORCHIUCCI MIURA

Resumo

Este artigo trata da problemática da violência sofrida durante adolescência, fenômeno extremamente grave e atual na saúde coletiva onde a obstetriz como parte da equipe de saúde também se defronta com muito desafios e questionamentos no seu cotidiano profissional. Pretende-se através de dois estudos de caso de adolescentes vitimas de violências, analisar o papel da obstetriz frente a essa realidade. Foi realizado esses estudos através da coleta de dados feita por meio de entrevistas guiadas com duas adolescentes que são atendidos no serviço publico de saúde dentro de uma ótica da determinação social. Com elas foi possível observar a necessidade de desenvolver diversas competências na obstetriz durante a formação e de uma rede multi disciplinar de saúde para o atendimento de vitimas de violência.

Introdução

Adolescência é uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, que faz uma ponte entre a infância e a idade adulta. Este período é marcado por diversas transformações corporais, psicológicas, físicas, cognitivas, sociais hormonais e até mesmo comportamentais que, juntas, ajudam a traçar o perfil desta população. Se buscarmos a definição de adolescência, vamos descobrir que a origem da palavra vem do

Latim *adolescentia* que significa período da vida humana entre a infância e a fase adulta e os conceitos atribuídos a esta etapa varia desde uma perspectiva biológica e sociológica, atribuindo à adolescência como um processo de construção social e histórico (Bock, 2007).

A adolescência é uma fase da vida em que diversas transformações sócio-psicológicas e anatomo-metabólicas acontecem, apresentando mudanças biológicas, de comportamento, de aprendizagem e de socialização. Dentre as principais mudanças, encontra-se a construção da personalidade, que é influenciada pela cultura, pela educação, pelas relações e atitudes e permeando a construção da sua subjetividade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a fase da adolescência é um período biopsicossocial compreendida entre 10 e 20 anos de idade porém a idade não com exatidão o início e fim da mesma pois ela varia de pessoa para pessoa. (OMS, 1995).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): Lei n° 8.069, de 13/07/1990 (BRASIL, 1990a), define adolescente o período entre 12 anos a 18 anos. Esta lei aborta sobre os direitos universais e integrais da criança e do adolescente, os quais devem ser garantidos pela família, sociedade em geral e pelo Estado.

A violência relacionada a infância e a adolescência faz parte da cultura Brasileira, mais não possui registro histórico comprovado sobre isso porém o fenômeno da violência emergiu como um problema para os indivíduos e sociedades deste o final do século XIX sem distinção de classe social, raça, nível econômico, educacional ou religião. A violência doméstica acaba por ser uma vivência traumática e que é difícil de ser metabolizada e transformada ao longo das gerações e não podemos deixar que a violência seja vista como algo natural.

A violência doméstica (VD) contra a criança e o adolescente faz parte das grandes questões sociais e pode ser caracterizada como uma ação ou omissão, praticada pelos pais ou responsáveis, causando abuso físico, psicológico e sexual contra a criança e o adolescente. (Azevedo & Guerra, 2008)

Pode ser encontrado em todas as classes sociais, desde as classes mais baixas até as mais abastadas e atinge grande número de crianças e adolescentes diariamente no Brasil e no Mundo, tanto no contexto familiar, como no contexto social.

A abordagem integral do profissional de saúde envolve adolescentes de ambos os sexos, com ou sem atividade sexual, oferecendo atendimento médico, social e psicológico; desenvolve exercícios em grupos, como o de gestantes e mães

adolescentes; grupos de pais ou acompanhantes, visando o bem estar da adolescente, buscando sanar suas duvidas e solucionar problemas.

Contudo a capacitação dos profissionais de saúde é muito importante em todos os casos relacionados com as adolescentes. É necessário fazer com que a saúde não trabalhe sozinha, mas em uma ação integrada com profissionais de educação, de assistência social, psicólogas, enfermeiras (o), conselho tutelar e as (os) obstetrizes, pois, a visão humanizada que é presente na formação destes profissionais traz um maior conforto para o usuária que está sendo assistida, voltando o atendimento das famílias em situação de violência doméstica a um olhar biopsicossocial, dedicando atenção especial a esta problemática, com intuito de acolher, prevenir, detectar, intervir e dar os devidos encaminhamentos às pessoas que se encontram nesta situação. (USP, 2014)

As parteiras diplomadas tiveram seu primeiro registro legal em 1932 quando as academias Médico-Cirúrgicas foram transformadas em Faculdades de Medicina. A associação do trabalho da parteira e da enfermeira foi sendo cogitada já no final do século XIX, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Em 1955, foi regulamentado o exercício da Enfermagem e da Obstetriz. No âmbito internacional, as entidades que representam obstetrizes e enfermeiras obstétricas – Confederação Internacional de Obstetrizes (International Confederation of Midwives – ICM) (Manual, 2014).

Defini-se como obstetriz toda aquela (e) ao qual concluiu e foi aprovada(o) no programa de estudos de Obstetrícia e adquiriu os requisitos de qualificação para ser registrada ou legalmente licenciada para exercer a profissão, sendo a mesma sido regularmente admitida em programa educacional na area legalmente reconhecido no respectivo país (Manual, 2014).

No estado de São Paulo 1971, a Escola de Obstetrícia era unificada a Escola de Enfermagem, entretanto com um currículo implantado em 1972, e que vigorou até 1994, a graduação da Obstetriz foi extinta e as modalidades de formação passaram a ser a habilitação e a especialização em Enfermagem Obstétrica, cursadas pelo enfermeiro já graduado. No entanto com as transformações necessárias no modelo de atenção à mulher e à família no processo reprodutivo, ela sendo utilizada como objeto de políticas nacionais no âmbito da saúde, foi necessária a volta do Curso de graduação em Obstetrícia na Escola de Artes Ciências e Humanidade (EACH) no ano de 2005 (USP, 2014).

Apresentado as competências e habilidades, deseja-se que com as ferramentas adquiridas ao longo de sua graduação o estudante, futuro profissional possa propor a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva, isto é, de toda equipe multiprofissional, sobre a questão da violência de gênero, particularmente a sexual, sobre as dificuldades que as crianças, os adolescentes e as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos (Manual, 2014).

Método

Utilizou-se um delineamento qualitativo de estudo de caso, ao qual participaram da entrevista duas adolescentes de faixa etária distintas e com vivências diferenciadas, porem ambas vitimas de violência, que buscam ajuda profissional para superar tais acontecimentos. A coleta das informações foi realizada a partir de entrevistas individuais guiadas, nas quais as adolescentes foram convidados a falar sobre questões previamente formuladas, incentivando-se ao máximo a narrativa livre.

As adolescentes entrevistadas receberam orientações sobre os princípios bioéticos, sendo ainda informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo quando convidados para participar voluntariamente da pesquisa.

Caso Juliana[57]

Genograma

[57] O nome da adolescente é fictício com intuito de atender os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos

Juliana tem 12 anos, três irmãos, sendo uma mais velhas e dois mais novos. Sua mãe faleceu de câncer quando ela tinha quatro anos de idade, logo em seguida seu irmão caçula também veio a falecer da mesma doença. Devido a morte da mãe, Juliana morou com a avó materna alguns meses e depois mais alguns meses com o pai. A adolescente disse que seu pai era muito agressivo e nervoso, bem como sua madrasta, a situação de agressão era tamanha que o Conselho Tutelar através da escola interviu e institucionalizou Juliana quando esta tinha 5 anos e seus irmãos.

Depois de alguns meses da institucionalização, ela e os irmãos foram adotados cada qual por uma família. Porém diferentemente de seus irmãos, sua adoção não deu certo, devido aos maus tratos sofridos pela família adotiva teve que retornar para o abrigo, essa experiência foi relatada por Juliana como frustrante. Desde então, a adolescente já viveu em dois abrigos, no primeiro ficou 4 anos e no atual está há 2 anos.

A mudança de abrigo se deu pelo fato do pai da adolescente estar na busca de retomar a guarda dos filhos, mas o genitor estava proibido de se aproximar dos filhos judicialmente, diante disso, tiveram que mudar de instituição. Atualmente, Juliana tem contato apenas com sua irmã mais velha, pois elas estudam na mesma escola e moram próximas, com o irmão mais novo não tem mais contato algum.

Com relação a adolescência, Juliana acredita que se sente mais responsável para ida sozinha para a escola, faz suas coisas sozinhas, sai sozinha, não sendo mais necessário ter alguém para acompanhá-la. De acordo com seu relato o abrigo lhe atribui essa responsabilidade por já ter uma idade considerável para tal liberdade e a mesma acredita que ela possui essa capacidade.

Juliana conta que pratica natação e Judo no tempo complementar da escola e não tem problemas na escola. Ela gosta de estudar convive bem com os colegas da escola É acompanhada por uma psicóloga e médico constantemente. Como planos para o futuro,“Juliana pensa em ser juíza, casar ter um casal de filhos” morar na praia de Copacabana ou em Salvador, lugares que ela gosta bastante.

De acordo com a necessidade do caso a busca por profissionais de saúde é resultante de fenômenos para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais, espirituais produzidos na sociedade, como a obstetriz, parte de uma equipe de atendimento multiprofissional é possível junto com essa união adquirir um atendimento humanizado para as adolescentes, buscando acolher, prevenir, detectar, intervir e dar os devidos encaminhamentos aos que se encontram nesta situação

Caso Catarina[58]

Catarina, é uma jovem de 19 anos , nasceu na Bolivia, e esta veio ao Brasil com a finalidade de trabalhar para juntar dinheiro e posteriormente estudar Medicina. Foi vitima de violência sexual, (estupro repetitivo), o qual se iniciou desde saída de sua casa, pelo responsável por sua viagem da Bolívia ao Brasil. Segundo relata, os pais ficaram na Bolívia, possuem boa condição econômica, mas, era o sonho dela sair do pais dela para conhecer e realizar diversas atividades de forma autônoma. Também relata ter um namorado em sua cidade, e ao ser questionada sobre este “ter permitido sua vinda ao Brasil” responde com muita firmeza que não cabia a ele essa decisão, e nesta fala ela demonstra quão decidida estava para vir ao Brasil. É notório deslumbre pelo desejo da vinda ao Brasil ao ser questionada, “queria conhecer outro país” como se a escolha e a vinda fosse sua realização e um grande passo para sua independência evidenciada. Demonstra também muito interesse em saber como funciona o sistema de estudo brasileiro, pois deseja cursar medicina.

Em relação ao abuso, durante a saída de sua cidade estava incomunicável, pois não possuía celular, uma vez que não era permitido, não podendo assim se comunicar com seus pais. Sua tia F. também não sabia que estava vindo ao Brasil, e segundo a mesma, só foi possível encontrar a sobrinha porque perguntaram à ela se conhecia alguma Catarina localizando-a primeiramente em Guarulhos (por telefone) e posteriormente no Bras (bairro de grandes lojas de venda de roupa, e muitos trabalhadores bolivianos). Ainda Guarulhos foi obrigada a fingir ser mulher do agressor, pois na casa que iriam se hospedar não era aceito mulheres solteiras, sendo mais uma vez submetida a abusos.

Neste momento mora com a tia ., que é residente no Brasil, que trabalha também na área da costura, e a recepcionou e tem exercido este papel de cuidadora após a última agressão perpetrada pelo mesmo agressor. Esta também tem acompanhado Catarina em consulta.

Ela assim como muitas migrantes se demonstra muito apreensiva durante um atendimento de saúde, claro que ela em especial, pois não queria reviver tudo ao contar sua historia. Uma forma de melhorar o acolhimento é torná-lo singular, com isso a entrevista foi realizada na língua espanhola, oferecendo um sentimento mais tranquilo para a adolescente que pontuou a problemática da ausência de entendimento das

[58] O nome da adolescente é fictício com intuito de atender os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos

profissionais de saúde e referiu estar muito ansiosa por não ser entendida e não conseguir entender aos profissionais de saúde provocando as vezes até certa desconfiança e muito incomodo. Em relação a desconfiança, houve grande duvida do seu relato pois recém-chegada ao Brasil não podia se comunicar devido o fator “ausência de entendimento das profissionais” ao seu idioma. A intermediaria era a tia que consideravelmente compreendia o que era falado, lembrando que a considerar o contexto, compreender em questão não significa entender o que era perguntado ou explicado e a historia perde a fidedignidade quando recontada por outra pessoa. Com a entrevista em espanhol foi possível esclarecer a cronologia que até então estava errada e estabelecer um vinculo trabalhável ao logo do acompanhamento.

Catarina recorreu ao hospital após o ultimo abuso, na qual foi agredida fisicamente. Recebeu os remédios para sua profilaxia no Hospital Público Municipal, - referencia em São Paulo - conforme protocolo estabelecido pela instituição, porém, nega haver recebido uma explicação sobre a sua importância a deixando mais vulnerável emocionalmente. Segundo a tia foi dito que os remédios eram para proteger Catarina, porem não foi explicado. Muitos profissionais de saúde não estão ciente da importância dessa informação, de como isso se torna um alivio e até um fator de segurança para a pessoa violentada, também no processo de recuperação do trauma. Essa negligência profissional acarretaria em possíveis consequências para ela, porem ao ser realizado a entrevista foi retomado com ela a utilidade. Ao perguntar se estava tomando corretamente o remédio, disse que estava mais ou menos e que estes davam enjôo a ela. Conforme foi explicado a importância do coquetel dado a ela, ficou surpresa ao saber que estes evitavam e diminuíam o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

Como consequência do estupro essa adolescente está grávida, e inicialmente ao perguntar para ela o que estava pensando sobre a gestação não sabia o que pensar “ não sei, não quero pensar”, também não queria que o agressor soubesse de sua gestação, demonstrou muita aflição em relação a isto. Um dos motivos para não saber se desejava o aborto ou não era o fato de ter que ir e repetir a historia novamente seriam mais perguntas e não entenderiam, pois não entenderiam o que falava. Porem ao decorrer como grande parte das mulheres que estão nessa situação, não deseja prosseguir com a gestação como justificativa do fato é dito “olhar para a criança será lembrar do ocorrido”, sendo bem emblemático essa posição de rejeição frente a essa gestação. Além disso, ela afirma ter medo que o agressor venha buscá-la, agravando a situação de medo causado pelo trauma.

Assim como ja dito a conseqüências da violência sexual vai desde de quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos, a gravidez indesejada e risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. A exemplificar Catarina tentou suicídio após o corrido e teme bastante que o agressor volte para agredi-la. Os profissionais envolvidos nesse caso devem estar cientes de que se ela não tiver uma rede de apoio a qual contribua para reestruturação emocional e social poderá se repetir outra tentativa de suicídio.

Discussão

A apresentação desses visa despertar um grande interesse sobre a historia dessas meninas, que pela intercorrência da vida passa a ter seus sonhos, seu futuro e suas expectativas sempre carregada de muita lembrança traumatica e medo. Por isso que nós ao pensar na saúde integral da mulher não nos aquietamos com estes e buscamos apresentado.

A condição de vulnerabilidade de crianças e adolescentes que vivem a violência intra familiar colocam inúmeras questões para os trabalhadores da área da saúde e aos que atendem esses jovens e suas famílias diretamente a mobilizar suas redes de acolhimento e serviços.

O abrigamento de uma adolescente que concretiza sua retirada da família, alem da retirada do seu grupo de convivência (escola, comunidade) é algo que mesmo sendo essa a ultima estância para o poder judiciário, é uma escolha que tem suas problematização.

O estupro sofrido pela adolescente Catarina acarretou na abertura do Boletim de Ocorrência (B.O.) que é prerrogativa da mulher, ela ou seus representantes legais são estimulados a comunicar às autoridades policiais e judiciárias, porém cabe a eles a decisão final; deve-se informar que a consulta com um profissional de saúde não substitui o Exame de Corpo de Delito. A unidade de saúde somente comunicará a violência às autoridades nos casos previstos em lei e ao Conselho Tutelar da Infância e Juventude os menores de 18 anos.

É possível observar nos dois casos semblantes de tristeza, adolescentes com necessidades de acompanhamento psicológico na busca de fortalecer a ideia de que elas podem ter um futuro menos carregado de traumas, as tornando menos vulnerável a problemas com questões sobre a sexualidade. Assim amenizando a dor de suas falas, reduzindo o sofrimento da vida, da experiência e de um subconsciente cheio de medo.

Juliana por mais que não falou pontualmente traz falas que nos indicam ser uma pessoa que carrega muito sofrimento e que esta constantemente em conflito com a necessidade e importância de uma rede que a possa a ajudar. Morara mais que a metade de sua vida em abrigos, pode trazer resultados indesejados futuramente, mas por outro lado podemos perceber que a mesma tem discernimento do que esta acontecendo.

A gravidez é indesejada como ocorrido com Catarina. O profissional que presta atendimento a vitima, tem por obrigação, independente de suas crenças e valores pessoais,informar o direito de não prosseguir com a gestação, recorrendo assim ao aborto legal pois acredita que obrigar a pessoa a prosseguir com a gestação é também uma continuação da violência sofrida.

É dever do SUS dar suporte a essas situações, priorizando seus princípios que garante o direito de integralidade, acolhendo sua família para que se possa realizar uma analise básica com Profissionais da Saúde, sendo compreensíveis as dificuldades de se propor uma análise mais complexa, pois cada individuo possui necessidades distintas, independentemente de raça, sexo, classe social, religião entre outros, no qual condiz com a teoria da determinação social que compreende os fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, destacando o seu duplo caráter, biológico e o social, uma vez que a natureza humana, apesar de ter um alicerce biológico, se determina a partir da vida do homem em sociedade (Fernandes e Narchi, 2007; Minayo e Souza, 2003).

No atendimento na gravidez decorrente de estupro a orientação deste processo é realizada pela assistente social, posteriormente, a mulher é atendida pela psicóloga, obstetriz e/ou enfermeira e médico. Se houver solicitação de interrupção da gravidez, ela será discutida em reunião multidisciplinar. A decisão favorável somente será tomada se forem atendidos todos os fatores clínicos (idade da gestação inferior a 20 semanas), psicológicos e os requisitos da legislação brasileira. Se for desejo da mulher continuar com a gravidez, ela é acompanhada por equipe especializada e se optar por doação da criança, ela receberá auxilio para as providências necessárias.

Ao refletir sobre o caso de Beatriz na perspectiva das definições de necessidades é notável a falta desse conceito em todos os âmbitos: naturais, necessárias e alienadas, como exemplo, contato social, sexualidade, liberdade, autonomia, auto realização, auto determinação, reflexão, entre outros. O papel dos profissionais de saúde do SUS, como as Obstetrizes, é levar as informações necessárias para que possam ser alcançados estes pontos. Além disso, em outros âmbitos públicos também se faz necessária à

inclusão destes debates, em que possamos construir uma mudança paradigmática, na qual integralidade, universalidade e complexidade possam ser entendidas, resultando na compreensão do outro, assim podemos oferecer o melhor plano de cuidado individual e coletivo.

Mesmo Juliana não sendo uma gestante, uma obstetriz frente a um atendimento com esse histórico é competente á detectar, acolher e encaminhar mulheres em situação de violência, em conjunto com as equipes multiprofissionais da atenção básica e segundo os protocolos institucionais e a acolher a mulher oferecendo disponibilidade para escuta em situações que ela solicite sigilo.

Porém, fica explicito como o modelo vigente de saúde é falho quando tenta observar a mulher como um todo. Os prontuários são muitos rasos e generalizam as mulheres e adolescentes principalmente na perspectiva biopsicossocial. E como crítica a todas as universidade é necessário que se disponibilize mais conteúdo em disciplinas com a pauta violência para aumentar nossas competências frente a inúmeros casos presente e relatados.

Pensando nisso podemos identificar como processos protetores da Juliana sendo o abrigo, ao qual da a sua segurança, sua avo, que mesmo sem condições de cria-la e diagnosticada com depressão profunda ainda e um membro da família cosanguínea que a mesma pode se apoiar posteriormente após seu tratamento. Referente aos processos destrutivo a ausência e a agressividade do pai por segurança do física e psicológica ordenado pelo poder judiciário e o afastamento do seu irmão mais novo por ter sido adotado e a a irmã mais velha que também se encontra pertencendo hoje em um lar, que os separa de ter vivência como irmãos.

Catarina tem como processos protetores a tia que mora no Brasil, permitindo que a mesma tenha um local fixo de moradia. Sendo ela a responsável e protetora da adolescente na atual situação, podendo conduzir aos locais necessários para a resolução de seus problemas e insistindo para que sua sobrinha o enfrente. Como comentado a Catarina veio ao Brasil com a finalidade de trabalhar, mostrando um pensamento linear dos seus sonhos. Seu pensamento é para a busca de trabalho, pela independência financeira através de uma graduação Por meio desses processos protetores pode ser feito uma proposta de intervenção afim de resgatar sua auto-confiança, auto estima e prazer em estar viva. Como forma de Intervenção para o caso sendo obstetriz e possível realizar um acompanhamento em sintonia com um psicólogo através de atividades mais lúdicas que a façam refletir sobre seus medos e preocupações buscando sempre fala.

Outra intervenção possível e ser realizada uma atividades ao qual ela se sinta e que seja demonstrada sua importância para a sociedade e para com todos ao qual fazem parte de sua rede. O empoderamento dessas adolescentes deve ser buscado em todas as circunstâncias, respeitando o seu particular, crença, cultura, situação econômica, biologicamente e sua participação no dia-a-dia do sistema, visando um melhor atendimento.

A obstetriz tem como responsabilidade nesses casos, a promoção da saúde da mulher, sem que esta esteja necessariamente no período gravídico-puerperal, com isso o caso da Juliana e da Catarina pode ser abordado de forma ampla e continua. As qualificações do profissional formado em obstetrícia frente aos casos abordados são totalmente voltados ao cuidado integral da saúde do individuo, com a ajuda de uma equipe multi disciplinar (Riesgo, 1998).

Toda (o) Obstetriz tem como compromisso: Defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, através do reconhecimento das dimensões físicas, emocionais e socioculturais que formam a vida das pessoas e afetam o processo reprodutivo, determinando ações curativas e preventivas.

Portanto, para tais determinações, o profissional obstetriz, principalmente frente a questão da violência, deve atuar em equipe multiprofissional para refletir sensivelmente e avaliar criticamente a real situação de assistência à saúde da mulher, buscando propor a realização de atividades e ações criativas que favoreçam a reflexão coletiva, isto é, de toda equipe multiprofissional, sobre a questão da violência de gênero, particularmente a sexual, sobre as dificuldades que as crianças, os adolescentes e as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime que solucionem os problemas encontrados, levando em conta o fatores epidemiológico, sociopolíticos e culturais (Higa *et al.,* 2008; Riesco, 2002).

Referências Bibliográficas

Azevedo, Maria Amélia. (2008). Bibliografia seletiva anotada sobre prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Bock, Ana Merces Bahia. (2007). Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 11(1),63-76.

Brasil. (1990a). Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, Lei n° 8.069, de 13/07/1990.

Brasil.(2010). Ministério da Saúde (MS).Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. (2011). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Programa Estadual de Saúde do Adolescente.

Manual (2014). Competências Essenciais Para o Exercício da Obstetrícia.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.) (2007). *Enfermagem e saúde da mulh*er. São Paulo: Manole.

HIGA, R., MONDACA, A. D. C. A., REIS, M. J., LOPES, M. H. B. M. (2008) *Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem.* Campinas, Brasil

MINAYO, M. C de S.; SOUZA, E. R. (2003). *A violência sob o olhar da saúde*. Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualização bibliográfica acessado em 07/11/2014 http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revistabioetica/article/viewFile/317/455

Monte, A. M. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. Estudo pesquisa psicol, 7(1).

Oliveira C.M. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes: conquistas e lacunas assistenciais na política de saúde.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *La Salud de los Jóvenes: Un Reto y una Esperanza*. Geneva: OMS.

RIESCO, M.L.G. (1998). Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 6(2), 13-15. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000200003&script=sci_arttext

RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, A.M. (2002). Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? Revista estudos feministas, Universidade de São Paulo. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf.

Universidade de São Paulo (2014). Projeto politico pedagógico da Obstetrícia. Curso de Graduação em Obstetrícia.

O FAZER DO PSICÓLOGO NO COTIDIANO DA ESCOLA: IDEIAS SOBRE A PSICO-HIGIENE E A PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

Lilian A. A. Veronese

Adriana Marcondes Machado

INTRODUÇÃO

O motivo disparador deste estudo sobre temas relacionados às instituições e aos grupos na Psicologia, parte de uma experiência prática de trabalho no âmbito escolar, a qual o psicólogo está inserido na escola como membro da equipe técnica da organização. Muitas críticas foram produzidas sobre o efeito histórico das práticas da Psicologia no campo da Educação, de forma a desvelar o jogo de relações de poder e saber que se opõem e geram sobreposições que naturalizam formas de narrar os conflitos presentes na escola.

Partimos das formulações que colocam em questão a prática da Psicologia no contexto educacional baseada nos instrumentos tradicionais do saber psicológico. Sabemos que historicamente no encontro da Psicologia com esta realidade, diversas práticas foram realizadas e sustentadas em uma direção individualizante e voltada para o diagnóstico dos sujeitos inadequados, treinamento dos educadores e inculcação de uma verdade biologizante. O pano de fundo que nos acompanha, não se configura pela preocupação de definir o papel do psicólogo na escola, mas sim, de colocar em análise os efeitos desta presença em uma instituição escolar.

O percurso que pretendemos percorrer neste escrito é na reflexão sobre os encontros possíveis do profissional da psicologia no corpo institucional, e os efeitos criadores de subjetividade a partir de práticas e intervenções no campo escolar. Para tanto, tomaremos a singularidade da função do psicólogo na escola como um ponto de partida para colocar em análise instrumentos que, de operadores instituintes, tornam-se elementos instituídos e naturalizados neste campo de trabalho.

A ESCOLA: CAMPO E INSTITUIÇÃO

O trabalho que referimos neste artigo foi realizado durante oito anos em uma escola da rede privada de São Paulo, que atendia por volta de 600 alunos, da Educação

Infantil ao Ensino Médio. Nesta época, a escola era apresentada, tanto para o público de pais e alunos, quanto para os novos profissionais contratados com um diferencial das escolas da região. Entendia-se que a proposta pedagógica privilegiava um olhar individual e atento para as diversas questões de cada um dos alunos e que a troca grupal era fundamental para a promoção da aprendizagem, sendo o professor, incumbido de promover o trabalho pedagógico considerando as relações interpessoais dos alunos e mediando as diferenças presentes no grupo.

O discurso que circulava na escola, era que cada aluno necessariamente teria algo para contribuir no grupo e nos processos de aprendizagem dos demais da sala de aula. Essa ideia compreendia a necessidade e o desejo de trabalhar a inclusão de crianças que chegavam até a escola e que apresentavam questões significativamente diferentes, como: deficiências e síndromes e transtornos, por exemplo. Por entender que este tipo de prática traz questões específicas no processo de alunos, professores, funcionários e pais, a instituição valia-se de um Departamento de Psicologia.

Nesta experiência de trabalho foi possível perceber que a vivência no cotidiano escolar e as demandas que são endereçadas ao psicólogo podem ser tomadas de diferentes perspectivas, e muitas vezes implicam caminhos complexos e até perigosos. O encontro dessas diferentes perspectivas gera tensões na construção do fazer do psicólogo na escola, pois se trata da presença de diferentes conteúdos, como por exemplo, o próprio contrato e vínculo de trabalho.

Essa tensão se dá no exercício de pedidos cotidianos, tais como: preencher formulários e elaborar relatórios sobre os alunos, dar pareceres avaliativos sobre os professores, encaminhar alunos para profissionais da saúde, etc. Também ressaltamos que esses pedidos produzidos no ambiente escolar carregam, muitas vezes, a urgência de atendimentos. Além de frequentemente, produzirem arranjos institucionais que impossibilitam a reflexão sobre a própria necessidade. Como exercer certas funções atribuídas hierarquicamente considerando a análise das relações?

O relatório

A presença de alunos considerados com necessidades educacionais especiais nesta escola, convocou a equipe pedagógica a pensar em formas diferentes das já instituídas em apresentar e documentar a avaliação feita pelos professores no final e cada

bimestre. Já que, nas discussões com os professores ficava claro que a tradicional "nota no boletim" não dava conta de expressar o processo de aprendizagem escolar vivido por esses alunos durante os períodos do ano[1]. A partir desta questão discutia-se quais alunos teriam suas notas totalmente substituídas por um relatório, e quais teriam notas de algumas disciplinas possíveis de serem atribuídas acompanhadas de um texto que justificasse tais atribuições, denominado relatório complementar.

A discussão sobre a utilização do relatório para o aluno era feita com a coordenadora pedagógica, a psicóloga e as professoras de cada série[2]. Pensávamos conjuntamente na construção do relatório, nos motivos pelos quais acreditávamos que escrever sobre o aluno beneficiaria a nossa relação com a família, justificávamos estratégias pedagógicas adotadas nas atividades e descrevíamos situações observadas da relação da criança com seu grupo de convivência diária. O texto era redigido pela professora e, posteriormente, lido pela coordenadora pedagógica e a psicóloga. Depois de diversas idas e vindas, e o relatório pronto, agendávamos uma reunião com os pais para entregá-lo e contar os principais elementos contidos no documento.

O relatório foi uma estratégia utilizada que nos parecia suficiente para contar sobre o trabalho desenvolvido com o aluno durante o ano na escola, além de nos ajudar a ter um registro da história desta criança. De certa forma, a elaboração do relatório colocava no trabalho cotidiano a atenção para as singularidades, não só a do aluno, mas também a da professora, da coordenadora pedagógica e da psicóloga. Sua construção exigia uma reflexão coletiva, e portanto, tempo e trabalho.

Com o passar do tempo esta prática foi incorporada pelos agentes da escola, e quando o final do bimestre se aproximava as professoras já começavam a refletir sobre os casos dos alunos que necessitavam de tal estratégia, e iniciavam seus escritos para discutir com a psicóloga e coordenadora pedagógica nas reuniões semanais.

Os relatórios!

Depois de algum tempo no funcionamento da escola, o relatório passou a ser um instrumento definido como necessário e, portanto, instituído. Era tema, necessariamente apresentado pelo Departamento de Psicologia, na reunião de planejamento pedagógico, realizada no início do ano, foi incluído no calendário geral da equipe técnica e dos

[1] Não nos interessa neste artigo problematizar o tipo de avaliação utilizado para os alunos, assim como a representação institucional do uso do boletim de notas.
[2] Nos referimos a experiência com o ciclo do Ensino Fundamental I

professores para toda a escola com a data que deveria ser entregue, e agora, havia critérios e assuntos que necessariamente deveriam constar em seu conteúdo.

Este encaminhamento foi mantido, e ao final de cada bimestre a coordenadora pedagógica recebia os relatórios feitos pelas professoras e repassava para a psicóloga por e-mail, que lia e fazia comentários no texto original chamando a atenção para incluir novas informações, mudar o formato da frase, retirar trechos, etc. As reuniões de entrega que ocorriam inicialmente eram mantidas somente em casos mais difíceis de contato com os responsáveis dos alunos, e este momento começou a ser aproveitado para descrever o trabalho que havia sido oferecido para o aluno e as respostas obtidas.

Neste momento, portanto, o relatório passou a ser um instrumento exigido formalmente pela direção da escola. Justificando e respaldando o empenho da escola em trabalhar com os alunos em situação de inclusão escolar – alunos com necessidades educacionais especiais. A obrigatoriedade de elaborá-lo foi incorporada, tanto pela coordenadora pedagógica, psicóloga e professoras, que horas antes de entregá-los aos pais priorizavam a sua finalização para não faltar com o cumprimento da data estipulada.

Em um certo tempo cronológico mantendo este enquadramento e uso do relatório, isto é, a forma de apresentá-lo como instrumento institucional para trabalhar/avaliar os alunos com necessidades educacionais especiais para os professores, data de entrega, necessidade inquestionável de realização, a equipe técnica da escola começou a refletir sobre algumas questões.

Nas reuniões semanais da equipe pedagógica, o tema entrou em questão, foi decidido conjuntamente que o relatório redigido pela professora deveria ser enviado direto para a psicóloga, sem necessariamente passar antes pela leitura da coordenadora pedagógica. Esta decisão se baseou na discussão sobre o trabalho excessivo concentrado nos departamentos da escola – orientação e coordenação pedagógica – no final de cada bimestre, desta forma, enviar o relatório diretamente para o departamento de Psicologia poderia ser um modo mais eficiente e rápido de prepará-los.

Relatórios...

Contudo, na época estipulada para a entrega dos relatórios alguns problemas começaram a aparecer. Já contando com o informe da mudança de quem receberia o material, algumas professoras se confundiam, passavam para a coordenadora pedagógica, os relatórios não chegavam, o tempo foi ficando curto para finalizá-los e

muitas vezes as professoras requeriam a presença da psicóloga para elaborá-los, agendando reuniões e pedindo ajuda para escrever o texto nos moldes exigidos.

A questão do relatório começou a ser uma forma, um critério, da equipe pedagógica e principalmente a diretora da escola, avaliar a professora como comprometida ou não com o seu aluno. No sentido que a direção da escola começou a questionar a competência das professoras a partir do que acontecia sobre os atrasos, erros de escrita e falta de coerência no texto elaborado.

Estes fenômenos que foram entendidos como falta de comprometimento ou competência do professor começaram a ser incluídos nos critérios de demissão no final de cada ano, e desta forma os envolvidos na entrega dos relatórios, necessariamente, deveriam se posicionar sobre apoio ou não às demissões sugeridas.

DAS PRÁTICAS AOS EFEITOS

Sabemos que forças e tendências realizam encontros que produzem efeitos, e que muitas vezes no contexto escolar os efeitos são encarados como a única fonte de trabalho. Não é raro tomarmos os problemas da instituição escolar como algo provocado por uma única via, isso desde os alunos, professores e famílias, pensemos no grande número de encaminhamentos realizados para psicodiagnósticos e nas tradicionais falas sobre a estrutura das famílias. O fato é que nas relações diferentes tendências se cristalizam e são as práticas que objetivam os sujeitos na escola. O que é possível neste campo que parece minado, que captura para a repetição das práticas irrefletidas?

Ainda a pouco descrevemos uma situação vivida no campo institucional que traz diferentes usos de um instrumento, que ao longo do tempo apontou para diversas direções. Podemos pensar que este instrumento produzido em certo momento a partir de uma necessidade, se transforma em algo que não dá mais conta minimante, de ser realizado. Torna-se um problema na instituição, mas continua marcando presença e desdobrando-se em várias outras práticas desenfreadamente.

Concordamos com Bleger (1998) em sua formulação sobre a realidade institucional, a qual não dissocia o indivíduo, o grupo e a instituição, considerando-a intersubjetiva. Neste sentido, qualquer que seja a produção institucional, mesmo que identificada, ou localizada individualmente refere, necessariamente, à uma dimensão dos

sujeitos em permanente relação. Desta forma, o relatório torna-se um ponto importante para entender um momento do funcionamento desta relação na escola.

Fazer o relatório encontrou-se com vários cruzamentos na instituição e de exercício tornou-se necessidade, de instituinte para instituído. Podemos pensar na naturalização deste instrumento justamente pela evidência da sua necessidade, fato que impede de refletir o que o faz ser necessário, isso porque o próprio relatório se torna aquilo que não pode ser feito se não for de uma única forma, impossibilitando a construção singular do sujeito que o elabora. Ao passo que a função do psicólogo neste momento se restringe a conferir sua execução. *Executa-se* o relatório e o sujeito que fala, essa é a armadilha.

Portanto, nos parece fundamental colocar em análise a seguinte questão: O que opera nas relações institucionais que também opera na prática do psicólogo inserido na instituição?

Sabemos que psicólogo tem uma função singular assim como cada membro do corpo institucional, e o desafio que marca presença é justamente produzir certo distanciamento que crie pensamento a partir dos conflitos presentes nas práticas escolares. Partir de dentro da instituição, com um contrato de trabalho, envolve amarras institucionais que podem tender à uma indiferenciação no trabalho do psicólogo e dos demais sujeitos da escola. Nessa direção, o fazer se torna elemento de reprodução da dinâmica institucional que perde de vista certa perspectiva transformadora.

Portanto, não se trata de discutir o melhor lugar para o trabalho da Psicologia na escola, mas sim pensar o que pode ser produzido de fora ou de dentro da instituição. Buscar estabelecer o fora desde dentro pode ser uma das formas de escapar desta armadilha que cerca o cotidiano no trabalho, sendo que, colocar o próprio fazer em análise nos dá acesso a uma multiplicidade de questões que devem, essas sim, serem indagadas.

Este artigo foi elaborado a partir de inquietações da prática institucional e sua construção é parte do processo de elaboração de uma dissertação de mestrado em andamento no Programa de Pós Graduação de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Referências Bibliográficas:

- BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional** – Porto Alegre : Artmed, 1984

- ________ **Temas de Psicologia – Entrevista com Grupos**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- GUIRADO, M. Temas básicos de Psicologia: **Psicologia Institucional** – São Paulo : EPU, 1986
- LAPASSADE, G. **Grupos, Organizações e Instituições** – 2ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- MACHADO, A. M. **Crianças de classe especial: Efeitos do encontro entre a saúde e a Educação** – 2ª Ed. São Paulo, SP : Casa do Psicólogo, 1994
- PATTO, M. H. S. (org) **Introdução a Psicologia Escolar** – 3ª Ed São Paulo : Casa do Psicólogo, 1997

O DOPING INTELECTUAL NA ADOLESCÊNCIA

EMILIA SUITBERTA DE OLIVEIRA TRIGUEIRO

MARIA ISABEL DA SILVA LEME

Resumo

O objetivo desta pesquisa é analisar a percepção de alunos do terceiro ano do ensino médio sobre o uso de medicamentos para melhorar o aproveitamento cognitivo. A mesma contou com a participação de 66 alunos de uma escola pública e 33 de uma escola privada do interior do estado do Ceará. Foi utilizado um questionário que teve como principais indagações o que esses alunos achavam do uso de medicamento que poderiam melhorar o aproveitamento nos estudos e se fariam uso dos mesmos. Entre os alunos pesquisados 40% veem esses medicamentos como sendo algo positivo e 56% disseram que fariam o uso destes, caso existissem. Conclui-se que é importante compreender a percepção dos jovens sobre este tema para que se possam orientar futuras intervenções.

Palavras-chave: Aluno; Ensino Médio; Medicalização.

INTRODUÇÃO

A escola, em todas as modalidades de ensino, tem a função de socializar os indivíduos, imprimindo cultura e valores morais, transmitir os conhecimentos científicos acumulados pela humanidade e preparar as pessoas para trabalhar e contribuir com o desenvolvimento da sociedade. Devido a esta grande importância todos os brasileiros entre 4 e 17 anos de idade devem estar matriculados na escola, seja na educação básica, no ensino fundamental ou no ensino médio.

O ensino médio, particularmente, com três anos de duração, tem a função de fechar um ciclo de conhecimento e de formação, sendo a última etapa da educação básica. Entre suas finalidades há a formação para o exercício da cidadania e o fornecimento de meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores. Dentre essas funções a mais valorizada pelos alunos e pelas instituições é a preparação para o acesso ao ensino superior. Este acesso se dá pelo vestibular que classifica apenas alguns, seja em virtude de um histórico de reprovações no ensino fundamental e médio, devido a um

sistema escolar excludente, seja pelo fato de que, no momento de busca pelo sucesso no exame o receio de não serem bem sucedidos leva ao aumento de sintomas de ansiedade e estresse.

O aumento dessas expectativas em relação à aprovação no exame com elevação de sintomas de ansiedade e estresse, a sensação de que a escola pode não ter preparado bem o suficiente, aliados ao receio de ser reprovado e ter que dedicar mais um ano de sua vida à essa preparação ou desistir de um curso superior e ingressar no mercado de trabalho, podem fazer com que jovens do ensino médio recorram a diferentes estratégias para aprimoramento cognitivo, entre elas o uso de medicamentos.

O uso de medicamentos, por pessoas saudáveis, para melhorar o funcionamento do cérebro e aprimorar o desempenho cognitivo pode ser chamado de aprimoramento cognitivo farmacológico ou de doping intelectual. A discussão sobre este tema tem recebido espaço na mídia, pois se sabe que esta prática tem ganhado cada vez mais adeptos, em todas as faixas etárias e classes sociais. Um dos medicamentos mais utilizados no Brasil com esta finalidade é o Cloridrato de Metilfenidato, comercializado com o nome de Ritalina ou Concerta. Ele tem sido utilizado por universitários, empresários e profissionais da saúde, com a finalidade de aumentar sua capacidade produtiva e cumprir prazos e metas.

Como esta prática tem ganhado cada vez mais adeptos e o acesso a este medicamento é facilitado, é necessário aprofundar o entendimento deste fenômeno, principalmente em relação a uma população vulnerável, como são os adolescentes, particularmente aqueles que estão em uma fase decisiva de suas vidas, como é o caso da seleção para o ensino superior.

No intento de investigar acerca desta questão, o *objetivo* desta pesquisa foi analisar a percepção de alunos do 3º ano do ensino médio, de uma escola pública e uma privada de uma cidade do interior do estado do Ceará, sobre o uso de medicamentos para aprimoramento cognitivo. Para que o objetivo fosse atingido foi realizada uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, utilizando um instrumento que coletou informações sobre a percepção desses jovens sobre o aprimoramento cognitivo farmacológico.

MÉTODO

A pesquisa desenvolveu-se por meio de um estudo de caso com alunos do 3º ano do ensino médio em duas escolas, uma da rede pública e outra da rede privada, de uma cidade do interior do estado do Ceará. Foram incluídos no estudo alunos presentes em

sala de aula, no dia da aplicação do questionário proposto, que concordaram em participar e trouxeram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Na escola pública participaram 66 alunos e na escola privada 33 alunos, totalizando 99 alunos.

Foi utilizado um questionário respondido livremente pelos alunos, composto pelas seguintes perguntas: “Você pretende se submeter ao vestibular / ENEM?”; “Você esta encontrando dificuldades para estudar para o vestibular / ENEM?”; “O que você acha do uso de medicamentos para melhorar o aproveitamento nos estudos?”; “Se houvesse um medicamento que melhorasse o aproveitamento nos estudos você usaria?”. Além dessas questões solicitavam-se informações biológicas como idade e sexo.

Após a aplicação do instrumento foi feita a quantificação e análise, correlacionando a percepção sobre o uso de medicamentos com a escola que se originam. Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo, orientada por Bardin (2011).

RESULTADOS

Na *escola pública* a amostra possuía idade entre 15 e 21 anos, sendo 65,2% do sexo feminino e 34,8% do sexo masculino. Todos pretendem se submeter ao vestibular ou ENEM. Quando indagados se possuíam dificuldades em relação aos estudos preparatórios para o vestibular / ENEM, 40,9% relataram que encontram dificuldades, sendo elas: problemas em matérias específicas como português, matemática, física (sendo a mais citada por eles); têm pouco tempo para estudar; não conseguem se concentrar; têm dificuldade para estudar sozinhos; não se sentem motivados; sentem-se inseguros; sentem-se com preguiça; faltam materiais para estudo; existe uma quantidade elevada de assuntos para estudar; o fato de não frequentarem cursinho; e problemas pessoais que interferem na vida escolar. Por outro lado, 59,1% dos alunos declararam não ter dificuldades e alguns relataram que a escola prepara bem.

Ao serem questionados sobre o que achavam do uso de medicamentos que podem melhorar o aproveitamento nos estudos, 50% consideram ser algo positivo, justificando que os mesmos facilitam os estudos; que podem melhorar o desempenho; que aumentariam a atenção. Alguns afirmaram que este tipo de medicamento deveria ser acessível a todos e outros justificaram que se não houvesse agressão ao organismo e se fosse prescrito pelo médico seria uma boa ideia usá-lo.

Entre os que acharam o uso de psicofármacos ruim, 37,8%, justificaram que o interesse, atenção e dedicação são os principais motivadores para os estudos; que a capacidade individual é o bastante; que estes podem acarretar prejuízo à saúde; que o

melhor é estudar, já que fazer uso dessas medicações é realizar a automedicação. 10,7% dos alunos tiveram dúvida para definir se o uso do medicamento é algo bom ou ruim, e 1,5% afirmou que dependeria da prescrição médica. Quando questionados sobre um possível uso desses medicamentos, 54,5% dos alunos afirmaram que utilizariam os psicofármacos como potencializadores de sua aprendizagem.

Já em relação à *escola privada,* 52% dos participantes eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino, e a idade variava entre 16 e 20 anos. Quando questionados se pretendiam se submeter ao vestibular ou ENEM 100% dos alunos responderam afirmativamente. Sobre as dificuldades nesta preparação 73% afirmaram que tem dificuldade para estudar, sendo elas: o pouco tempo para estudar, cansaço, excesso de conteúdo, pressão psicológica, ansiedade, estresse, insegurança, preguiça, sono, quantidade de matérias para estudar.

Ao serem indagados sobre o que achavam do uso de medicamentos para melhorar o aproveitamento nos estudos 30% afirmaram que o medicamento seria bom, se não houvesse prejuízos para a saúde, e segundo esses alunos, o medicamento tira o sono, ajuda a superar as dificuldades e melhora os estudos. Já os que percebiam o uso de medicamento como algo ruim (70%) justificaram que eles podem ter efeitos colaterais e que seria melhor dormir, organizar melhor o tempo de estudo e as matérias, e respeitar os limites do organismo. Na última pergunta “Se houvesse um medicamento que melhorasse o aproveitamento nos estudos você usaria?”, 57,5% afirmaram que usariam.

Em resumo, percebeu-se que, em média, apenas 40% dos alunos consideraram positivo o uso de medicamentos que poderiam melhorar o aprimoramento cognitivo, mas 56% deles afirmaram que usariam um medicamento deste tipo, caso existisse.

DISCUSSÕES

Como citado anteriormente, o aprimoramento cognitivo farmacológico refere-se ao uso de medicamentos para manipular e melhorar as funções cerebrais. Esta prática está dentro de uma lógica maior, a medicalização social. Dá-se o nome de medicalização ao processo por meio do qual são deslocados para o campo médico problemas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos, que teriam origem social e política. A medicalização seria capaz de transformar sensações físicas ou psicológicas normais (como insônia e tristeza) em sintomas de doenças (como distúrbio do sono e depressão). Dentro deste processo há um outro, denominado medicamentalização, que seria o uso excessivo de medicamentos para alívio de dores cotidianas. Esses dois processos podem estar juntos

ou não, há casos em que ocorre somente a medicalização, sem uso de medicamentos, e em outros casos há uso desenfreado de medicamentos sem que haja um diagnóstico médico. Os dois são preocupantes e atualmente estão muito difundidos na sociedade.

Uma das práticas em que os medicamentos mais tem sido requisitados é no aprimoramento cognitivo. Como já citado, um dos medicamentos mais utilizados com a finalidade de melhorar o funcionamento do cérebro é o Cloridrato de Metilfenidato. Esse uso não terapêutico do metilfenidato na atualidade se faz, em grande parte, por universitários, empresários e profissionais da área de saúde.

Foi constatado o uso deste medicamento entre universitários, com uma prevalência variando de 1,9% dos sujeitos pesquisados em Portugal (Graça, 2013), a 24,5% nos Estados Unidos (Teter, 2006), e no Brasil, a prevalência foi de 8,6% (Cruz et al, 2011). Já entre cientistas de 60 países o uso chegou a 20% (Greely et al, 2008). Como esta prática tem ganhado adeptos no meio universitário hipotetisa-se que entre alunos do ensino médio ela também já esteja se difundindo. Neste sentido, considerando que uma percepção positiva sobre os aprimoradores cognitivos pode levar a um uso posterior, se fez necessário analisar a percepção de adolescentes sobre o tema.

Os resultados apresentados nesta pesquisa mostram que parte dos jovens, 40%, tem uma percepção positiva sobre o uso de medicamentos que poderiam melhorar o aproveitamento cognitivo, relatando que *"se os medicamentos não forem prejudiciais à saúde, (...)"*, poderiam fazer uso. Esses alunos afirmaram que os medicamentos poderiam tirar o sono e aumentar a concentração, com isso ajudariam a superar as dificuldades. Há nesses jovens a crença que o medicamento facilitaria os estudos e assim melhoraria o desempenho escolar.

Pesquisas confirmam essa crença favorável ao uso de aprimoradores cognitivos farmacológicos para conseguir realizar atividades cotidianas. Por exemplo, Urrego e colaboradores (2008) identificaram que estudantes universitários utilizam estes medicamentos devido ao grande número de atividades acadêmicas, e os universitários pesquisados por Barros (2009) também citam que a pressão social para melhorar o desempenho e ter uma postura competitiva também poderiam levar ao consumo.

Por outro lado, na presente pesquisa alguns alunos apresentaram uma crítica ao uso desenfreado de medicamentos: *"Acho errado, pois o uso de medicamentos prejudica a saúde, podendo acarretar problemas mais graves que o esperado"; "Não acho necessário o uso de medicamentos para melhorar o aproveitamento nos estudos, pois pode haver efeitos colaterais e dependendo de tais efeitos pode ser pior".* Neste contexto,

considera-se benéfico o fato de alguns alunos manifestarem uma percepção crítica sobre a medicamentalização social.

É importante também apontar a diferença de percepção sobre o uso de aprimoradores farmacológicos entre os alunos da escola pública e privada, visto que, 70% dos alunos da escola privada consideraram o uso de medicamentos como sendo algo negativo e apenas 37,8% da pública tiveram esta percepção. Por outro lado, mesmo com diferença na percepção sobre os medicamentos, com alunos da escola pública sendo mais favoráveis, quando questionados sobre um possível uso o resultado foi semelhante, 54,5% da pública afirmaram que usariam e 57,5% da privada. Esse resultado pode estar relacionado, entre outros fatores, com a pouca idade da amostra, entre 15 e 21 anos, que coincide com a adolescência, um momento que pode ser de dúvidas e turbulências para alguns deles.

Uma pressão para obter bons resultados foi manifestada pelos alunos quando questionados sobre as dificuldades para estudar para o vestibular e o ENEM. Os alunos relataram *“Além da quantidade de vestibulares que pretendo fazer, tem também a quantidade de assuntos e o tempo”; “Disposição para a maratona de questões, cansaço físico e principalmente psicológico, estresse, ansiedade e insegurança”*, dados que são corroborados por Paggiaro e Calais (2009) e por Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro e Silva (2006).

Por outro lado, 59,1% dos alunos da escola pública declararam não estar encontrando dificuldade para estudar, e um deles afirmou que “*a escola prepara bem*”. Nos jovens da escola privada, que se subtende que sejam os que possuem melhores condições financeiras, houve relato de maiores dificuldades para estudar, 73%, em comparação com 40,9% da escola pública. Considera-se isso um dado surpreendente, visto que, a realidade das escolas públicas brasileiras, tem se mostrado preocupante, com avaliações na maioria das vezes negativas. Acredita-se que este fato esteja relacionado às expectativas depositadas sobre os alunos das escolas privadas, maiores do que nos alunos das públicas, para que estes sejam aprovados no vestibular, visto que 100% dos alunos irão se submeter a este exame.

Para a realidade social brasileira o exame vestibular tem tanta importância que as provas de vestibulares têm determinado inclusive a organização curricular do ensino médio, e os jovens, tanto das escolas públicas quanto das privadas, também tem atribuído grande importância ao ingresso na educação superior. No entanto, a aprovação no vestibular não depende somente do esforço individual do aluno, ao contrário do que

muitos acreditam. A aprendizagem é fruto das relações que se estabelecem na escola, dos métodos e das condições materiais que são oferecidas aos alunos. O ensino médio no Brasil ainda não é universal, não abrange todos os jovens, e a qualidade do ensino que é oferecido aos que nele estão inseridos ainda não tem a qualidade que seria desejável.

O momento do exame vestibular também coincide com um turbulento período da vida, a adolescência, onde a tomada de decisão a respeito do futuro pode gerar ansiedade. A grande importância dada a este exame, junto com os sentimentos advindos da adolescência fazem com que este momento da vida receba grande investimento emocional, o que pode gerar várias consequências. Uma das consequências seria o uso de medicamentos para auxiliar o funcionamento de um cérebro normal, mas que estaria encontrando dificuldade para atingir os objetivos propostos. Neste sentido hipotetisa-se que os adolescentes, influenciados pelo discurso de que “vale tudo para alcançar o sucesso no vestibular”, podem estar vulneráveis a esta prática. Por isso se faz necessário continuar analisando o tema, para que se possa pensar, posteriormente, em melhores alternativas de prevenção.

CONCLUSÕES

Nesta pesquisa buscou-se investigar a percepção de alunos do 3º ano do ensino médio de uma escola pública e uma privada do interior do estado do Ceará sobre medicamentos que poderiam melhorar o aproveitamento nos estudos. Com a análise das respostas percebeu-se que a maioria dos alunos abordados considera positivo o uso desses medicamentos e se entrassem em contato fariam uso dos mesmos.

A presente pesquisa mostrou-se importante tendo em vista que análises relacionadas à medicalização no ensino médio não são frequentes, sendo necessária a realização de novos estudos para entender melhor o que esses jovens pensam sobre o assunto, para que possam se realizar ações preventivas.

Por fim, considera-se que conhecer a percepção desses jovens sobre esta temática irá possibilitar discussões aprofundadas sobre a mesma, o que pode contribuir com o avanço da ciência. Considera-se também que o estudo teve suas limitações como o fato de analisar apenas duas turmas e de uma única cidade. Coloca-se como recomendação o aprofundamento deste com um número maior de alunos, bem como nos cursinhos preparatórios para vestibular.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70**.**

Barros, D. B. (2009). *Aprimoramento cognitivo farmacológico: grupos focais com universitários*. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Cruz, T. C. S. C. (2011). Uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. *Gaz. méd. Bahia*, 81 (1), 3-6

Graça, C. S. G. (2013). *Consumo de estimulantes cerebrais nos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior.* Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Greely, H. et al. (2008). Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, 456, 702-705.

Paggiaro, P. B. S. & Calais, S. L. (2009). Estresse e escolha profissional: um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. *Contextos clínicos*, 2 (2), 97-105.

Rocha, T. H. R., Ribeiro, J. E. C., Pereira, G. A. Aveiro, C. C. & Silva, L. C. A. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*, 11 (1), 95-102.

Teter, C. J., McCabe, S. E., LaGrange, K., Cranford, J. A. & Boyd, C. J. (2006). Illicit Use of Specific Prescription Stimulants Among College Students: Prevalence, Motives, and Routes of Administration. *Pharmacotherapy,* 26(10), 1501–1510.

Urrego, M. A. et al (2008). Consumo de anfetaminas, para mejorar rendimiento académico, en estudiantes de la Universidad de Manizales. *Arch. Med*, 9(1), 43-57.

O AMBIENTE DE HOLDING COM BEBÊS EM ACOLHIMENTO

Benedita Torres Rodrigues[59]

Bruna R. Fransatto[60]

Pammela M. Mattos[61]

Denise Sanchez Careta[62]

Ivonise Fernandes da Motta[63]

Resumo

Os bebês, recém-nascidos ou não, demonstram sofrimento quando são acolhidos. Muitos apresentam abstinência de substâncias psicoativas, álcool e drogas, dificuldades respiratórias, choros intermitentes e agitação. Winnicott defende que as falhas básicas do meio ambiente não adaptado ao bebê podem produzir nele extrema ansiedade, especificamente a de aniquilamento, como fruto da privação. E, se essas falhas não forem logo corrigidas, o bebê será afetado para sempre e seu desenvolvimento poderá ser prejudicado. Diante de tais sintomas apresentados, criou-se um ambiente de *holding* no berçário de uma instituição. Seguimos a Psicanálise, sob a perspectiva de Winnicott. Uma equipe com três psicólogas se reveza semanalmente para que os bebês sejam atendidos afetivamente. Além dos cuidados físicos promovidos, incluiu-se contato pela sensorialidade: toque corporal, massagens, acompanhados por olhares e sons produzidos pelas psicólogas, promovendo um ambiente de contato inter-humano com afeição. As cuidadoras foram orientadas a aumentar o contato corporal com os bebês. Percebeu-se que os bebês após o contato com um ambiente de *holding* apresentavam minimização do sofrimento e expressavam vivacidade, fixavam o olhar, e melhoraram o desenvolvimento motor e da fala. Concluímos que esta experiência com os bebês deve ser implantada nas instituições de acolhimento como medida de promoção da saúde mental.

Palavras chaves: Ambiente; Bebês em acolhimento; D. W. Winnicott; *Holding;* Instituição.

[59] Psicóloga Clínica. Pesquisadora do Núcleo de Abrigos do Lapecri/USP. E-mail: benny-6@hotmail.com .

[60] Psicóloga Clínica. Pesquisadora do Núcleo de Abrigos do Lapecri/USP. E-mail: bruna.fransatto@hotmail.com.

[61] Psicóloga Clínica. Pesquisadora do Núcleo de Abrigos do Lapecri/USP. E-mail: pammela.mattos@gmail.com.

[62] Mestre e Doutora em Psicóloga Clínica pela USP. Coordenadora do Núcleo de Abrigos do Lapecri/USP. E-mail: denisecareta@uol.com.br

[63] Profa. Dra. da Graduação e Orientadora da Pós-Graduação do IPUSP – Departamento de Psicologia Clínica. E-mail: ivonise.motta@gmail.com

Introdução

Sabe-se que os bebês na condição de acolhidos sofrem rupturas precoces, ocasionadas não somente pelo acolhimento, mas pela privação de suas figuras parentais, acompanhada por vivências perturbadoras sofridas em seu início de vida.

Seguindo o pensamento de Winnicott (1965/2011) as crianças que se encontram em acolhimento apresentam seu desenvolvimento emocional muito prejudicado, desde muito cedo aprendem a lidar com os sentimentos despertados pelas adversidades a que são expostas, ou seja, encontram-se distantes dos cuidados materno e diante de vivências traumáticas, fruto das privações sofridas. Frente a esse contexto de privações, o autor afirma que para o reestabelecimento e manutenção da saúde mental do indivíduo é fundamental o desenvolvimento de sua capacidade de amar, esta adquirida a partir de repetidas experiências com cuidados maternos suficientemente bons.

As experiências em instituições nos mostram que a maioria dos bebês acolhidos chega vulnerável física e psiquicamente, com sintomas importantes, por exemplo; abstinência de substancias psicoativa como álcool e drogas, vítimas de violências, maus tratos e negligencia de cuidados. Neste cenário é possível dizer que os bebês se encontram em uma condição de fragilidade e carecem de muitos cuidados, inclusive físicos, uma vez que estes apresentam problemas respiratórios constantes, choros intermitentes e agitação.

Seguindo o pensamento do autor citado é de grande importância conhecer a história de vida dos bebês para que assim seja possível ter uma ideia das suas experiências de privações, a fim de avaliar os aspectos saudáveis de sua vida psíquica (Winnicott, 1965/2011). No entanto a realidade de acolhimento muitas vezes não permite entender os seus aspectos psíquicos anteriores a seu ingresso na instituição, sendo a aproximação e o contato fundamentais para conhecer as reações dos bebês.

Winnicott (1956/2000) afirma que quando pensamos em desenvolvimento emocional de um bebê logo surge necessidade de um ambiente adaptado às necessidades dele, ou seja, de uma mãe que se encontre em um estado de *preocupação materna primária*. Segundo Winnicott, (1956/2000):

> A mãe que desenvolver este estado ao qual chamei de "preocupação materna primária" fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. A vida instintiva não precisa ser mencionada aqui porque o que estou descrevendo tem início antes do estabelecimento de padrões instintivos. (p. 399-405)

O bebê que está em seu início de vida depende de uma figura materna que possa lhe oferecer condições ambientais favoráveis para ele se desenvolver e alcançar a saúde mental. O autor destaca que para o desenvolvimento do potencial de cada bebê, que é herdado, é necessário um ambiente circundante a ele que possa oferecer a sustentação, nomeada por *holding*, o contato físico que compreende um gesto no encontro entre uma mãe e um bebê (Winnicott, 1960/2007).

No caso dos bebês em acolhimento a necessidade é de serem cuidados por um ambiente humano afetivo e cuidadoso. Winnicott (1967a/2005) esclarece:

> O "segurar" pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo; o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está se sentindo. (p.10).

O suporte oferecido através "do segurar" apresenta-se como um facilitador do processo, e Winnicott (1960/2007) afirma que o *holding* é muito importante para o desenvolvimento dos bebês: característica fundamental do cuidado materno como uma provisão ambiental, que inclui alimentação, higiene, ambiente sem ruídos, entre outros aspectos do cuidado.

Estas provisões maternas se constituem como forma de demonstração de amor, e na sua ausência quando as mães não conseguem desenvolve-las podem favorecer a vivência de estados de privação nos bebês, com consequências que poderão ser expressas através de sentimento de insegurança, choros intermitentes entre outros aspectos.

Para Winnicott, (1954/1990):

> A medida que o self se constrói e o indivíduo é capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma em um estado cada vez mais confiável. Desta forma, a dependência diminui gradualmente. Enquanto a integração vai se tornando um estado continuo do indivíduo (p.137).

Safra (2005a), em nosso meio, retrata o pensamento de Winnicott sobre a origem da constituição do *self* e sintetiza que o autor considera pontos principais no cuidado que é oferecido ao bebê: apresentação do objeto, o suporte (*holding)* e o manuseio (*handling).* O primeiro, a criança alcança o sentido do real, o segundo a possibilidade de integração, de constituir-se em unidade e o terceiro, possibilita o alojamento da psique no corpo, promovendo o início da personalização. (p. 16)

Ainda com os esclarecimentos de Safra (2005a) sobre a constituição do self, ressalta que para Winnicott o bebê nasce com o soma que se constituirá em corpo principalmente pelo manuseio: "o corpo tocado, o corpo tratado, o corpo cuidado, é banhado em inúmeras formas estéticas significativas que permitem que este corpo se organize em linguagem". (p. 17)

Ademais, Safra (2005a) menciona: "o corpo não é dado. A criança nasce com o soma e por meio das funções ambientais ele se constitui em um corpo". (p. 17)

Safra (2005b) ainda refletindo pela constituição do self declara que no início da vida de um bebê, a organização do self se dá a partir de registros, nomeados de *estético-sensorial*, os quais se traduzem como sons, tato, ritmos e motilidade, experiências que ocorrem entre o corpo a corpo da dupla mãe-bebê. A partir dessas sensações, definidas pelo autor como um *caleidoscópio*, capacita a criança a ter um corpo (p.78).

Como citado anteriormente, as mães que não conseguem desenvolver o *holding* adequado podem prejudicar o desenvolver-se de seu bebê e em casos mais extremos as experiências perturbadoras continuadas no decorrer de seu desenvolvimento podem ser muito prejudiciais em seu desenvolvimento emocional. (Winnicott, 1967b/1990).

Ainda para Winnicott (1960/2007) é de grande importância que as primeiras experiências do bebê aconteçam em um ambiente de cuidados favoráveis, sendo esta a base para a saúde mental do indivíduo. Na falta destes cuidados e de uma mãe que possa oferecer estas condições, os bebês se encontram sujeitos ao possível desenvolvimento de quadros psicopatológicos, pois necessitam reagir precocemente às situações de desconforto que são expostos. Dessa maneira as perturbações sofridas podem vir a prejudicar o desenvolvimento de seu ego. Segundo Winnicott (1960/2007):

> Com o cuidado que ele recebe de sua mãe cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. (p.53).

As ideias de Winnicott colaboraram para a compreensão do desenvolvimento emocional e as privações sofridas em um contexto de institucionalização. Winnicott defende que apesar das falhas ambientais que estes bebês possam ter sofrido em seu inicio de vida, existe o potencial herdado que está ali para vir a ser desenvolvido. Dessa maneira, considerando o olhar de Winnicott sobre a importância de um ambiente favorável circundante ao bebê, nossa prática aqui apresentada surgiu como medida facilitadora para o desenvolvimento de bebês institucionalizado.

O contato corporal

A prática psicológica discutida neste artigo, a qual vem sendo desenvolvida no próprio contexto de acolhimento, é aplicada a partir da demanda dos bebês e tem como foco o contato corporal afetivo. Essa prática poderá ser estendida ao manejo da equipe de cuidadoras do berçário, para que os bebês possam ter um contato afetivo acompanhado de olhares, sons, toques suaves, com a oferta de um ambiente humano favorável que possa contribuir para o desenvolvimento emocional dos bebes que dependem de instituições para viver.

A equipe está formada por três psicólogas que se revezam entre si, com a frequência semanal, para atender os bebes. Esta prática psicológica consiste em se comunicar com os bebês por meio dos toques corporais, massagens, olhares e sons produzidos e reproduzidos pela dupla psicólogo/bebês. Esta pratica psicológica a partir do holding, fundamenta-se na Psicanálise sob a perspectiva de D.W.Winnicott.

EXPERIÊNCIAS COM OS BEBÊS

Serão relatados alguns fragmentos sobre duas experiências destas práticas realizadas com bebês, sendo, Marcela e Bárbara (nomes fictícios).

Marcela chega à instituição aos quatro meses e os atendimentos se iniciam aos nove meses. Era um bebe que não interagia, não demonstrava sentimentos, emoções e nem mesmo chorava, como ocorre a um bebe quando quer expressar alguma necessidade, além de não emitir nenhuma comunicação verbal através de sons ou

sorrisos. Apenas olhava silenciosamente quando lhe era dirigida atenção. Apresentava-se num estado amorfo, sem nenhuma vivacidade. Passava grande parte do tempo deitada.

Nos atendimentos com Marcela, o contato estabelecido entre ela e a psicóloga ocorreu por toque corporal na forma de massagem no corpo de Marcela, e também emissão de sons e olhares entre Marcela e a psicóloga. No espaço de um mês, Marcela apresenta alterações importantes em seu comportamento, inicialmente expressando-se através do balbuciar, em seguida progresso na atividade motora, com movimento dos braços,como pedido para ser segurada ao colo, com sinais de contentamento com o contato através da corporeidade.

Dessa maneira, observamos que de um estado inicial amorfo, Marcela pode aproveitar o contato corporal que lhe foi oferecido, podendo descobrir seu próprio corpo (braços, pernas, mãos, boca, etc.) e expressar-se com vivacidade. Foi orientado que a cuidadora de referência dos berçários pudesse dar continuidade a esse tipo de contato, na ausência da dupla psicóloga/bebê.

Seguindo, refletiremos sobre a experiência com Bárbara. O bebê chega à instituição com suspeita de maus tratos aos oito meses. Bárbara havia sido hospitalizada duas vezes em decorrência de fraturas múltiplas, sendo a ultima internação com duração de quatro meses, seguindo para o acolhimento. No primeiro dia de acolhimento, Bárbara apresentava-se em sofrimento, emitia choro intenso, sendo que as condutas oferecidas pela psicóloga tais como segurar, embalar, confortar com fala suave, foram em vão.

A psicóloga tentou se aproximar de Bárbara com contato corporal, no entanto, percebeu que era justamente algo que a incomodava, pois se suspeitava que as fraturas do bebê fossem decorrentes de agressão física. Decidiu-se por deitá-la no berço e sentar-se ao lado dela. A psicóloga ofereceu sua mão para que Bárbara pudesse se aproximar quando desejasse e então ela estende suas mãos e entrelaça aos da psicóloga. A dupla permanece assim durante um longo tempo até Bárbara se acalmar, os choros cessarem e ela adormecer.

Nos encontros seguintes com Bárbara repetiram-se os contatos corporais conforme sua aceitação, com o objetivo de acalma-la, e ainda, propor a experiência de estabelecer contato de maneira afetiva. Os contatos foram intensificados pelas psicólogas e também

pelas cuidadoras, para dar conta da apatia e déficit do tônus muscular que Bárbara apresentava.

Nos dois meses seguintes, Bárbara avança em suas conquistas, não rejeitava mais o contato corporal, permitia ser acolhida nos braços e ficar no colo, sentava e ficava em pé no berço, com força e tônus muscular, e também apresentava expressivos balbucios.

Considerações Finais

A prática psicológica foi desenvolvida com rigor e amparada pela teoria do desenvolvimento que defende a importância do ambiente favorável circundante ao indivíduo para o crescimento emocional saudável.

Como o ambiente de acolhimento infantil necessita de auxilio psicológico para o desenvolvimento de crianças que sofreram privações, esta prática psicológica descrita favoreceu ao desenvolvimento global dos bebês, sendo úteis as ideias de Winnicott sobre a influência ambiental para o desenvolvimento emocional.

Frente a essa realidade de privações nos abrigos, a prática proposta nos berçários pela equipe de psicólogos juntamente com as cuidadoras propiciando a continuidade do contato, foram eficazes para minimizar o sofrimento e facilitar o desenvolvimento das potencialidades dos bebês que conseguiam aproveitar o contato corporal.

Esta é uma comunicação que o bebê pode entender, uma vez que no inicio de vida a experiência é essencialmente corporal, a partir desse ambiente adaptado, alguns bebês alcançaram a possibilidade de descobrir e explorar seu próprio corpo, podendo também manifestar ruídos vocais na forma de balbucios, expressões afetivas, sorrisos e movimentos motores como expressão de vivacidade.

A partir dos relatos de experiências com os bebês, podemos perceber como a prática corporal desenvolvida com frequência auxiliou para aquisições no desenvolvimento, como exemplo podemos citar Bárbara. Esse bebê inicialmente necessitava de um ambiente humano circundante sensível e que reconhecesse sua recusa para o contato corporal, visto que seu histórico apresentava intensas agressões físicas. A sensibilidade do ambiente adaptado às necessidades do bebê consistia em permitir que ele se aproximasse à medida que pudesse reconhecer que o novo contato através do toque agora era favorável e afetivo.

Quanto à experiência de Marcela, destacamos que ela inicialmente se apresentava em um estado amorfo, com ausência de expressividade e sem demonstrar aspectos de vivacidade. A partir do contato com um ambiente adaptado as suas necessidades, priorizando o toque corporal como meio de contato, percebemos o quanto Marcela pode evoluir com expressivas aquisições, acompanhadas por troca de olhares, balbucios e interações com vivacidade.

Por fim, esta prática psicológica constituída por promover o contato com bebês por toque corporal, foi desenvolvida em parceria com cuidadoras do berçário, que puderam ser orientadas a respeito das necessidades dos bebês e deram continuidade em seu dia-a-dia. Dessa maneira, podemos concluir este artigo ressaltando a importância de promover um ambiente de *holding* nos berçários, priorizando o toque corporal como forma de contato afetivo com os bebês que se encontram privados de um lar suficientemente bom.

Referências

Safra, G. Princípios do atendimento clínico winnicottiano. In *Revisitando Piggle* (pp 15-32). São Paulo, Sobornost, 2005a.

Safra, G. A arquitetura do Self. In A face estética do Self (pp.77-96). São Paulo, Ideias e Letras e Unimarco (2005b).

Winnicott, D. W. (1954). Integração. In Natureza Humana, (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 135-142). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990.

Winnicott, D. W. (1954). Localização da Psique no corpo. In Natureza Humana, (D.L. Bogomoletz,Trad) (p 143) Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990.

Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In Da Pediatria a Psicanálise, (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 399-405). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2000.Winnicott, D. W. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In O ambiente e os processos de maturação (I. C. S. Ortiz, Trad.), (pp. 38-54). Porto Alegre, RS: Artmed, 2007.

Winnicott, D. W. (1965). Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. In A família e o Desenvolvimento Individual, (M. B. Cipolla, Trad.) (pp. 125-133). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2011.

Winnicott, D. W. (1967a) O conceito de indivíduo saudável. In Tudo começa em casa (4ª ed.) (P. Sandler, Trad.), (pp. 3-22). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2005.

Winnicott, D. W. (1967b). O fracasso do contato inicial. In Natureza Humana, (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 127-135). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990.

A FAMÍLIA QUE SOFRE VIOLÊNCIA: O MANEJO DE SETTING NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO FAMILIAR NA INSTITUIÇÃO

MARJORI DE LIMA MACEDO[64]
DRA. DENISE SANCHEZ CARETA[65]

Resumo

Este trabalho foi derivado do atendimento psicológico realizado na Instituição CRAMI, no ABC Paulista, com uma família, a princípio, com possíveis acusações de violência sexual. Privilegiou-se a importância de manejo de *setting* e *enquadres diferenciados*, sustentado pelo olhar winnicottiano. Para Winnicott, o manejo é fundamental, principalmente nos casos de pacientes com graves falhas ambientais sem formação consistente do ego, sendo mais importante o manejo do *setting* do que as interpretações. Iniciamos os atendimentos em grupo, porém detectamos a necessidade de realizarmos sessões individuais com cada membro da família. Retornando ao atendimento com todo grupo, nos deparamos com intensa resistência em sequenciar o acompanhamento psicológico segundo enquadre exigido pela instituição. Diante desse impasse, construímos com a família o enquadre das sessões com maleabilidade, para evitar a interrupção do trabalho. A partir deste manejo de *setting*, desenvolvemos o atendimento pautado no Método Psicanalítico, privilegiando o *holding* ambiental e se adaptando às necessidades da família. Concluímos que esta intervenção psicológica desenvolvida com manejo de *setting* favoreceu para o avanço na comunicação intergrupal, permitindo a abordagem de alguns temas difíceis, especialmente quanto a esclarecimentos sobre violência sexual, reduzindo as faltas. Os familiares declararam que a melhora na comunicação se estendeu também no ambiente familiar.

Palavras-chave: Atendimento Psicológico com Famílias, D. W. Winnicott, Violência, Man ejo de *Setting*.

Introdução

As famílias em situação de violência doméstica, na maioria das vezes, negam ou n

[64] Pós-graduada em Teoria Psicanalítica pela PUC-SP. Coordenadora da equipe técnica do CRAMI - Núcleo Santo André. Psicóloga Clínica. E-mail: marjorimac@hotmail.com
[65] Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Coordenadora do Núcleo de Abrigos do LAPECRI/USP – Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade - USP. E-mail: denisecareta@uol.com.br

aturalizam a violência instaurada no âmbito familiar. Não raro quando proposta à família outra possibilidade de se relacionar, sem o viés violento, os pais agressores ficam inertes, paralisados, não sabendo como agir.

Quando os pais são orientados a não se utilizarem da violência é comum perderem o controle e não colocarem limites aos filhos. Ainda que enfatizado que o limite não é sinônimo de violência, parece que para os membros familiares a violência é a única maneira de se relacionar.

Como fruto de nossa experiência, também observamos que este caminho cercado pela violência especialmente no modo de se relacionar desses pais com a família segue a similaridade com as suas primeiras experiências com o mundo, as quais reveladoras de ordem agressiva, sendo difícil em ser substituída. Ao que tudo indica, seguindo a compreensão de Donald W. Winnicott sobre processo de amadurecimento emocional do indivíduo, o desenvolvimento emocional primitivo foi prejudicado, possivelmente pelas *intrusões* no início de vida que comprometeram o seu desenvolvimento, especialmente quanto a não integração da agressividade. Diante disso, possivelmente, o modo de se relacionar com o mundo tem como pano de fundo os aspectos agressivos reativos podendo desaguar em violência.

Careta (2006), em nosso meio, destaca em sua dissertação de Mestrado, importante reflexão sobre a agressividade, apoiada em Winnicott (1950/2000):

> O segundo aspecto da agressividade, no foco da doença, fruto da interação com um ambiente não satisfatório, refere-se a reações à frustração. Nesse aspecto, ocorre que, no início do desenvolvimento emocional, pela ação desfavorável do ambiente, as intrusões podem se apresentar e, em vez de o bebê poder descobrir a externalidade por meio de sua força vital, é o próprio ambiente que se impõe, vindo a inibir essa força e se constituir em reações contra as intrusões ambientais. O movimento é reativo, um desenvolvimento baseado na experiência de reações: "encontraremos uma vida de agressividade reativa dependente da experiência de oposição", e também "faltam-lhe raízes no impulso pessoal motivado pela espontaneidade do ego". (pp. 302-303)

Assim, chegou encaminhada pelo CREAS[66] para atendimento psicológico uma família em que a filha acusou o pai de ter abusado sexualmente dela, declarada em Boletim de Ocorrência, mas negada pela mesma aos técnicos logo que iniciada a avaliação do caso no CRAMI[67].

[66] Centro de Referência Especializado de Assistência Social
[67] Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância do ABCD.

Após iniciado os atendimentos em grupo, verificou-se a necessidade de realizar duas sessões individuais com cada membro da família, em virtude da intensa dificuldade de comunicação entre eles, possivelmente acentuada pela suspeita da figura paterna ser a agressora de violência sexual.

Ao ser retomado o atendimento em grupo, os pais se recusaram em sequenciar o atendimento psicológico segundo o enquadre proposto pela instituição, alegando não ser compatível com a dinâmica familiar. A frequência semanal não podia ser sustentada pela família.

Em nosso meio, Forlenza Neto (2008), profundo estudioso de Winnicott, em seu artigo, cita a grande importância do *manejo de setting:*

> A experiência analítica é um processo muito maior do que um conjunto de interpretações. O silêncio do analista faz parte do manejo técnico do *setting,* juntamente com outros elementos, como prolongar a duração das sessões, permitir que o paciente ande pela sala, que se sente ou fique em pé, etc. (p.4)

Apoiadas pela perspectiva winnicottiana, que considera o *manejo de setting* mais i mportante do que as interpretações nos casos de pacientes com graves falhas ambientais , foi considerado que o caminhar com esta família seria pelos *enquadres diferenciados*[68], contando com a possibilidade de poder facilitar o desenvolvimento deste grupo familiar. P ara Winnicott (1962/1983): “me modifico no sentido de ser um psicanalista que satisfaz, o u tenta satisfazer, as necessidades de um caso especial” (p. 154).

Neste sentido, ressaltamos a contribuição de Aiello Vaisberg (2003), que a partir de sua experiência na clínica diferenciada, reflete sobre a *sustentação do encontro terapêutic o* para a compreensão das condutas humanas[69], não privilegiando somente as intervençõ es interpretativas.

> Cumpre lembrar que, hoje, ajuda psicológica é buscada ou recomendada para os m ais diversos modos de sofrimento humano, que vão desde variadas situações de do enças físicas até radicais condições de precariedade social. Tanto nos diversos disp ositivos de saúde pública, como no exercício privado, o psicólogo recebe encaminha mentos que provêm da escola, do hospital, do tribunal, da prisão, etc. (p.2)

A família e o sofrimento: vivências no *setting* terapêutico

[68] Aiello-Vaisberg (2004) explica que os e*nquadres diferenciados* são compreendidos como *settings* alternativos, nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor.
[69] Segundo a autora (2003) Nenhuma conduta humana, por mais bizarra, incompreensível ou moralmente inaceitável que seja, deixa de ter sentido, deixa de pertencer ao acontecer humano. (p.3).

A família era composta pelo casal e suas três filhas, as quais ingressavam na adolescência. Ainda nos primeiros contatos, destacavam-se a severidade do pai, a passividade da mãe e o temor das filhas.

Na primeira sessão, conduzida por duas psicólogas, esclarecemos as motivações dos encaminhamentos e propusemos atendimento familiar. Logo de início foi possível observar as dificuldades da família em se comunicar. Entretanto, naquele momento, ainda não compreendíamos qual sentimento compunha a dificuldade desta família, talvez o medo permeasse as relações ou ainda a evitação de abordar o sofrimento, uma vez que a filha adolescente não suportava mais a austeridade de seu pai (sic) e foi à delegacia, acompanhada por colegas da escola, e registrou denúncia de abuso sexual contra o pai.

Posteriormente, a jovem explicou que não suportava a rigidez “educacional” (sic) do pai, não podia se maquiar e tinha várias restrições sobre as amizades dela e com algumas preferências musicais que queria ouvir, sendo muito reprimida pelo pai (sic). A possibilidade de ocorrência do abuso sexual foi rejeitada por toda a família, inclusive pela própria jovem durante os atendimentos.

No princípio, a família não estava receptiva aos atendimentos e a mãe recusava-se a comparecer à instituição somente com as filhas, devido à incompatibilidade de horários escolares com o trabalho do pai, e justificava que não conseguiria vir sem ele, indicando, por um lado, forte dependência, e por outro, talvez uma maneira de implicar a figura paterna nos atendimentos.

Dessa forma, o enquadre proposto pela instituição, atendimentos psicológicos do tipo familiar, configurava a frequência semanal e no período da tarde, o qual não atendia as necessidades da família naquele momento. Frente a essa situação, verificamos a melhor possibilidade para a família, a fim de continuar com os atendimentos. Para isso, rompemos com o enquadre estipulado pela instituição[70] e nos adaptamos às necessidades do grupo familiar: encontro mensal e no período da manhã.

Ainda como mudança do enquadre proposto pela instituição, pela acentuada dificuldade dos membros familiares em se comunicar, realizamos a priori ao atendimento familiar, dois encontros com cada integrante da família, com o objetivo de, além da escuta psicológica individualizada, compreender a dinâmica psíquica de cada um.

[70] Por se tratar de uma instituição com demanda crescente de atendimentos psicológicoscom vítimas de violência, é frequente não haver escolhas de horários por parte dos pacientes, tampouco modificar as disponibilidades das psicólogas para atender um caso de maneira singular.

Para facilitar a comunicação com a vida psíquica dos membros da família, aplicamo s o Procedimento de Desenhos-Estórias[71], de W. Trinca (1972/2013), somente uma produ ção, durante os atendimentos individuais.

O Procedimento Desenhos-Estórias proposto por Trinca (1972/2013) como “uma fo rma de investigação da personalidade e um meio de auxiliar a ampliação do conheciment o da dinâmica psíquica no contexto do diagnóstico psicológico”(p.11), foi aceito por todos os membros familiares, não havendo resistência na execução da produção, exceto pela m ãe que se recusou de início, mas realizou o procedimento como os demais.

Nos atendimentos individuais foi possível compreender o sofrimento dos membros f amiliares e os sentimentos de exclusão do pai. O Procedimento de Desenhos-Estórias, ai nda que uma produção, facilitou o contato humano e favoreceu o contato psíquico com as emoções.

Percebemos similaridade nas composições gráficas da mãe e das filhas e também suas vestimentas. E ainda, assemelhavam-se quanto aos movimentos corporais e aos comentários. O pai se queixava de sentimento de exclusão. Abordamos a importância em lidar com as diferenças individuais. No entanto, hipotetizamos que tal similaridade entre as figuras femininas e a exclusão da figura masculina, pode ter sido influenciada pelo extremo domínio exercido da figura paterna.

Ao retomarmos os atendimentos no modo grupal, a comunicação entre os membro s era extremamente difícil, e notávamos expressões estéticas marcantes, tais como: olhar es receosos, cabisbaixos e assustados do grupo familiar, como também fisionomias depre ssivas.

E ainda, no decorrer dos encontros, apresentavam-se de maneira repetitiva vários aspectos destrutivos por parte do grupo, tais como: rejeições dos horários acordados das sessões, recusa por parte da mãe de fazer algumas atividades e quando havia a tentativa de comunicação, os diálogos encaminhavam-se para embates.

Os encontros com constantes movimentos destrutivos dos participantes estimulara m a autoanálise da nossa contratransferência, pela necessidade de suportar e *sobreviver*

---

[71] O Procedimento D-E consiste em cinco unidades de produção, sendo cada qual composta por desenho livre, história, “inquérito” e título. (Trinca, 1972/2013, p.12). Nesta experiência com a família aplicamos somente uma produção.

[72] ao cenário destrutivo apresentado pelo grupo familiar.

> Na prática psicanalítica, as mudanças positivas que ocorrem nessa área podem ser profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo, mas sim da sobrevivência do analista aos ataques, que envolve e inclui a ideia da ausência de uma mudança d e qualidade para a retaliação. (Winnicott, 1969/1994, p. 175)

No decorrer dos atendimentos clareava-se o contato inter-humano, a partir da auto análise de nossa contratransferência e do ambiente terapêutico embalado pelo *holding*[73], e percebíamos a transformação de estados de intolerância e de rigidez dos membros fami liares em expressões espontâneas, por meio de risadas e relaxamento na estética postura l e nos comportamentos.

Os atendimentos psicológicos adaptados à família possibilitaram “num acontecer q ue se deve não apenas ao fazer dos psicanalistas, mas também a um trabalho realizado c onjuntamente com os pacientes: o trabalho da busca de sentido naquilo que, aparenteme nte, não é compreensível” (Aiello-Vaisberg, 2003, p. 3).

A ação da experiência continuada na família: os atendimentos psicológicos com o g rupo familiar

Apesar de a declaração da filha de ter sofrido abuso sexual, sendo o pai o agressor e em seguida ter sido negada pela mesma, não foi possível esclarecer esse fato com a fa mília, pois prevalecia a negação. As psicólogas estimularam a abordagem deste fato com o grupo, mas não houve adesão. A filha declarou que não ocorreu o abuso sexual, mas d estacavam sentimentos de opressão em relação à figura paterna.

O espaço terapêutico adaptado contribuiu para que a mãe ocupasse seu lugar no g rupo familiar. Ela expressava suas opiniões de maneira mais segura e se apresentava mai s *presente* para as filhas. As filhas puderam comunicar suas necessidades de se despren derem do grupo familiar e o desejo de se dirigem a outros grupos, de ter amigos, passear, expressar suas opiniões, além de conseguirem nomear a excessiva conduta controladora do pai. Porém, uma delas não aproveitou tanto o espaço, permanecendo sempre em silên cio e mostrando-se angustiada. O pai pode expor seus sentimentos de exclusão, que não eram percebidos por sua esposa e filhas.

---

[72] Winnicott (1969).

[73] Segundo Careta (2006): “*Holding* (Winnicott, 1960/1983) tem o significado de segurar e sustentar, e esses cuidados físicos, representantes do amor emergente, apresentam-se como a forma de amor que impera nas relações iniciais entre mãe-bebê, sustentadas pela devoção materna. Essa provisão ambiental é vital para o processo evolutivo do crescimento do bebê”.

Com o tempo, apresentaram-se expressivas mudanças na postura da família, que sorriam espontaneamente, com mais disponibilidade e maior interação. O *manejo de setting* facilitou o contato com os afetos e a comunicação de maneira livre e espontânea.

> ...o terapeuta deve ser capaz de conter os conflitos dos pacientes, ou seja, contê-los e esperar pela sua resolução no paciente, em vez de procurar ansiosamente a cura; deve haver uma ausência da tendência a retaliar sob provocação. Além disso, qualquer sistema de pensamento que proporciona uma solução fácil é por si mesmo uma contra-indicação já que o paciente não quer outra coisa além da resolução de conflitos internos, junto com a manipulação de obstruções externas de natureza prática que podem ser operantes ou mantenedoras da doença do paciente. (Winnicott, 1971/1984, p. 10)

Considerações Finais

O atendimento familiar aconteceu no período de onze meses. Apesar de ter sido reduzido o número de sessões, mudanças expressivas se apresentaram no grupo familiar e foi possível a discussão sobre o intenso domínio exercido pela figura paterna.

É possível que a continuidade do trabalho favorecesse o emergir de discussão sobre a suposta violência sexual que foi negada sequencialmente pela filha, autora da denúncia. Mas, mesmo diante da negativa de abuso sexual, a família continuou abordando suas necessidades, sendo possível surgir as mudanças no relacionamento. Esclarecemos, entretanto, que a investigação sobre a possível ocorrência de abuso sexual, neste caso, não competia à instituição CRAMI, mas a equipe técnica da Vara da Infância e da Juventude.

Por intermédio de nossa experiência no atendimento institucional, observamos que se não houvesse a mudança de *setting,* a família não teria prosseguido com os atendimentos. O *enquadre diferenciado* com esta família propiciou a continuidade dos atendimentos, favorecendo o diálogo.

Quando as mulheres puderam ser ouvidas elas trouxeram suas necessidades e o pai revelou sua fragilidade e sentimentos de exclusão diante de um grupo familiar em que a predominância recaia sobre o feminino. Sua tirania poderia derivar de mecanismos defensivos, possivelmente para ofuscar o sentimento de exclusão, mas tal hipótese necessita de melhor investigação.

No último atendimento com a família, todos verbalizaram que embora tenha sido um processo difícil, atualmente conseguiam perceber e reconhecer as mudanças positivas

ocorridas no ambiente familiar, como a fluidez da comunicação, o respeito às diferenças e melhor integração entre os membros do grupo familiar.

Finalizamos por meio das palavras de Winnicott (1965):

> Sei que nossos familiares são muitas vezes um estorvo, e que não raro gememos so b o peso de nossas relações com eles, peso esse que pode dobrar-nos até a morte. Mas eles são importantes para nós. Basta observar os problemas que acometem ho mens e mulheres privados de relações familiares (...) para perceber que a ausência de familiares de quem possamos reclamar, a quem possamos amar, odiar ou temer constitui uma deficiência terrível, podendo levar a uma tendência a desconfiar até do s vizinhos mais inofensivos. (p. 60)

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e Fazer. *Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana.* Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (v. 14, n.1. pp. 01-14). Recuperado em, 15 de setembro de 2014, de http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42393.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004), *Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana.*São Paulo: Ideias e Letras.

Careta, D. S. (2006) *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana.* Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br.

Forlenza Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise* (v.42, n.1. pp. 1-5). São Paulo. Recuperado em 15 de setembro de 2014, dehttp://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2008000100009&script=sci_arttext

Trinca, W. (Org.). (1972/2013) *Formas Compreensivas de Investigação Psicológica: procedimentos de desenhos-estórias e procedimentos de desenhos de famílias com estórias* (pp.7-9). São Paulo: Vetor.

Winnicott, D. W. (1939/2014). Agressão e suas raízes. In: Winnicott *Privação e Delinquência (*pp. 93-110). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1950/2000) A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: Winnicott Da pediatria à psicanálise (pp. 288-304). Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1960/1983) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: Winnicott O ambiente e os processos de maturação (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1962-1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: Winnicott *O*

ambiente e os processos de maturação (pp. 152-155). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1965/2013). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. In: Winnicott *A família e o desenvolvimento individual* (pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1969-1994). Sobre O uso de um objeto. In: Winnicott, C.; Shepherd, R.; Davis, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas (*pp. 170-191). Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1971-1984). Introdução. In: Winnicott *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil* (pp. 9-19). Rio de Janeiro: Imago.

VIÚVA DE MARIDO VIVO

LILIANA CREMASCHI LEONARDI[74]

KAYOKO YAMAMOTO[75]

Resumo

Com base numa concepção integrativa do ser humano, o caráter preventivo busca analisar como os indivíduos se adaptam à realidade. Define-se adaptação como sendo o conjunto de atitudes diante do próximo e de si mesmo.Este artigo tem por objetivo divulgar um atendimento realizado na Clínica Psicológica da Universidade de São Paulo através do laboratório APOIAR cuja paciente nos procurou com queixa de depressão e foi atendida com base na utilização da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO,três entrevistas) e da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO, doze sessões). Pudemos perceber a importância da utilização da EDAO enquanto instrumento que possibilita a obtenção de dados de forma organizada e sistemática buscando informações concernentes aos vários setores de funcionamento e assim, abarcando aspectos relevantes sobre a condição do paciente num curto espaço de tempo, bem como abrindo reflexões sobre seu possível manejo em um momento posterior, a PBO, que avalia o nível de eficácia adaptativa de acordo com uma concepção evolutiva analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial, permitindo ressignificações, alívio de sofrimento, além dos aspectos preventivos.

Palavras-chave: depressão, adaptação, psicoterapia breve.

Introdução

Com base numa concepção integrativa do ser humano, o caráter preventivo busca analisar como os indivíduos se adaptam à realidade. Define-se adaptação como sendo o conjunto de atitudes diante do próximo e de si mesmo. Tal classificação não é baseada em sintomas.(Simon, 1983). A compreensão do ser humano proposta implica numa concepção bio-psico-social e nas suas possibilidades de adaptação, que refletem um processo individual (Agostinho, 2004).

[74]Mestre pelo IPUSP, doutoranda pelo IPUSP
[75] Profa. Dra.Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP

Diante disso foi realizado o atendimento de uma paciente que buscou a clínica psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo através do Laboratório APOIAR. Foram realizadas três entrevistas para organização dos dados da EDAO- Escada Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada e em seguida foi feita uma proposta de atendimentos de acordo com a Psicoterapia

Breve Operacionalizada em 12 sessões. Os nomes verdadeiros foram alterados para preservar o sigilo dos envolvidos. Os dados foram submetidos ao enfoque psicanalítico psicodinâmico. Para Freud (1913, in Simon, 1999), havia um tríplice aspecto na psicanálise, a teoria da personalidade, forma de pesquisa, e método de tratamento.

Dados dos atendimentos

A paciente procurou o serviço de atendimento da clínica psicológica da Universidade de São Paulo através do Laboratório APOIAR em busca de alívio para seu sofrimento. Fôra diagnosticada pelo médico como tendo depressão e encaminhada para atendimento psicológico. Passara por várias perdas por morte de pessoas próximas tais como sua tia e depois o sogro. Relata que sua tia estava com muita idade e morreu dormindo e seu sogro teve de repente um ataque do coração e morreu nos braços do marido dela. Tais acontecimentos parecem ter desencadeado uma crise por perda em que a própria paciente percebia-se diante da finitude da vida humana. Afirma que na mesma época seu pai foi internado porque estava com pneumonia, ele tinha 77 anos e ela diz ter ficado muito assustada e por mais que me dissessem que ele estava bem, ela se sentia muito mal, com medo, depois do que passara no hospital recentemente com os outros.

Guardou na lembrança a sequência de acontecimentos relatando que faziam 11 meses que sua tia morrera e dias depois faria um ano que seu sogro morrera, um mês antes do aniversário dele, afirmando que ele sofrera bastante e que sente falta de sua tia.

Aos poucos a temática passou a ser a relação do casal na qual se definia como “viúva de marido vivo” dada a ausência do marido durante boa parte do dia, o que chamou a atenção para uma outra crise. Relata que ficou fora de sua casa por três meses porque o marido demonstrava temperamento forte, gritava muito, e em função disso por afirmar não agüentar esta situação, ficou na casa dos pais, sem sair da cama, mesmo quando ele

vinha visitá-la. Atualmente está tomando medicamento para depressão. Segundo Leavell & Clark (1965).

Relata que quando jovem tinha muitos amigos e que depois que casou não os viu mais, que o marido é bem diferente dela, mais fechado e tinha ciúme também.

Ficaram 5 anos juntos e quando ela estava com 22 anos ele perguntou se ela queria casar e ela achou cedo, pois o irmão tinha casado com essa idade. Casou-se então, aos 25 anos. Atualmente seu pai ajuda o casal se necessário e parece estar sempre pronto para emergências. Ao se remeter à lembranças de seu passado, afirma que as crianças de hoje não tem tempo como ela tinha quando era criança, além do perigo que percebe nas ruas,. Ao ser perguntado sobre como ela se vê no futuro ela pergunta- "velhinha"? E continua- "não sei, vou esperar chegar lá para ver" (sic), como se demonstrasse um movimento defensivo de não se planejar e de evitar entrar em contato.

Relata sobre ausências e perdas também quando menciona que no final de ano no condomínio dela tem festas de natal e ela não permanece lá e sim com sua família. Parece, de alguma forma, se dedicar ao cultivo de uma atmosfera faltante.

O marido tem hepatite c e segundo a paciente ela só pode engravidar quando ele estiver com o "vírus baixo". Relata que ele foi fazer os exames e o médico disse que a situação dele é crônica, que não vai baixar o vírus, e ela diz que irão ver o que fazer. Parece que ao mesmo tempo que desejam um filho afastam a idéia, relevando uma ambivalência. Converso com eles sobre a possibilidade de ter este espaço para receber uma criança, ao que ela responde que se não for um filho será um cachorro.

Relata que faria bem ocupar o tempo mas efetivamente não busca algo. Fala da operação de sua mãe (pulso e ombro), relata sobre os fatos como se fosse uma leitura de agenda e chega dizendo que não tem novidades. Parece adotar uma postura um pouco distante do sentir e quando, durante as sessões, ela passa a falar sobre os sentimentos e percebê-los, sente sono e acaba por falar de outras pessoas externas à situação do momento, como que afastando-se do assunto, talvez como mecanismo de defesa para não entrar em contato, não sentir, detendo-se à comentários em que utiliza a racionalização.

Afirma que vive "inventando o que fazer", mesmo sem saber se vai dar certo, e as vezes perde a inscrição e fica com vontade, sugerindo a ideia de desejo insatisfeito, vetado, impedido, e mais uma vez, faltante. Parece um comportamento de não comprometer-se,

não direcionar-se realmente para o que deseja e uma certa repetição de comportamento que tinha quando era adolescente de continuar livre, de não querer responsabilidades, seja casar, pois o marido havia convidado anos antes e ela achava que era muito nova (22 anos), seja ter um filho.

A paciente diz que dorme muito mas boceja na sessão como se não tivesse dormido e ao ser questionada sobre isso diz que começa logo que entra e quando sai ainda fica um pouco depois passa. Ela pergunta se seria uma fuga. Comento que pode ser em função de alguma tensão, ansiedade, a partir da definição de sono que ela fala como sendo desligar de tudo e apagar, talvez seja um mecanismo que ela utilize inconscientemente para isso mesmo.

Relatava não mais haver tido crises de choro, motivo de sua procura à clínica. Afirmava estar conseguindo lidar com suas emoções de um outra forma, considerando um dia de cada vez, respeitando melhor seus limites e estando menos ansiosa. Ela se formou em marketing e seu marido havia parado a faculdade realizando serviços variados para ganhar dinheiro. A paciente relata que gostaria de trabalhar e que estava procurando trabalho. Durante o final do ano trabalhava com seu irmão num comércio para vendas de Natal. Passa seus dias vendo televisão, dorme tarde em função disso acorda tarde e sai para fazer suas coisas tais como supermercado, banco, médicos, entre outros. Sente-se parada e isso a incomoda ao mesmo tempo que diz que "está bom", sugerindo mais uma ambivalência.

Ao falar da relação com marido, a define como sendo problemática. O marido gritava com ela, demonstrando um temperamento forte, ficando bravo e estourando de repente. Seu trabalho desenvolve-se no próprio prédio onde moram, pois ele exerce a função de zelador. Pensando na relação da paciente com seu pai, o marido escolhido parece não conseguir cumprir o papel de provedor e parece também não se importar em deixá-lo à cargo do pai dela.

Paralelamente a paciente já havia trazido à sessões o desejo de ter um filho, mas em função da oscilação de humor do marido, havia dito à ele que assim ela não iria querer. Neste momento sugere uma antecipação de crise por aquisição, na qual a insegurança está presente. Quanto ao marido, ele demonstrava vontade de ser pai. Entre discussões, e ocorrências no prédio ele decidiu buscar ajuda psiquiátrica. A paciente marcou a

consulta para ele. Ele passou a tomar medicação e parecia estar conseguindo manifestar mais auto- controle. Exemplos disso aconteceram no prédio, gerando estranhamento nos demais. Isso promoveu novas perspectivas na situação do casal e na dele também.

Segundo Simon (2005), há necessidade de se realizar entrevistas pormenorizadas para compreender o dinamismo inconsciente que sustenta as soluções inadequadas (pesquisar a queixa, evolução da queixa) e para posteriormente planejar a PBO. As entrevistas, são outra forma importante de exercitar a percepção, usando todos os sentidos (Delamont, 2005). Nas conversações, as impressões se processam com intensa rapidez, fazendo com que nos regulemos mutuamente (Perestrello, 1982). Os dados coletados nas entrevistas foram organizados de acordo com os setores de funcionamento propostos pela EDAO, descritos abaixo:

Setores de Funcionamento:

No Setor Afetivo -Relacional a família da paciente está sempre presente ajudando, acolhendo e amparando. Sugerindo uma situação de dependência emocional, uma condição de filha que é mantida convenientemente. Com relação aos sentimentos e atitudes, a paciente fez uma escolha afetiva que envolve algumas limitações. A questão de saúde do marido (hepatite c) dificulta a concretização da ideia do bebê. Isto simbolicamente representaria casar-se efetivamente com o marido escolhido. Seu pai parecer não ser substituído, demonstrando certa acomodação sendo esta uma resposta pouco adequada de forma a adiar a busca de outras soluções ou mesmo dar continuidade ao processo de amadurecimento e crescimento dela e do casal. A depressão é uma conseqüência das soluções buscadas.

No Setor da Produtividade ela manifestou interesse em fazer cursos de artesanato, porém acaba por perder o prazo das inscrições, deixando estas decisões para datas próximas ao final do ano quando ela começa a trabalhar na loja do irmão que envolve atendimento ao público com artigos eletrônicos e de Natal, algo que ela realiza todos os anos. Diz que sente falta de alguma atividade, mas efetivamente não a busca. Relata que isso iria alterar seus horários e trazer disciplina para o dia, e que trabalhar faz bem.

No Setor Sócio- Cultural ela demonstra respeitar as normas sociais, valores e costumes do ambiente em que vive, não havendo dados que impliquem em conduta anti social, demonstrando resposta adequada.

No Setor Orgânico, com relação ao funcionamento do organismo ela gostaria de engravidar mas posterga o fato e cerca-se de impedimentos para tanto. Depende da condição de saúde do marido que possui diagnóstico de hepatite c. Demonstra solução pouco adequada.

Com base no diagnóstico realizado pela EDAO (Escala Diagnóstica Operacionalizada) de Simon (1983) torna-se possível atribuir uma classificação adaptativa e organizar providências interventivas, uma vez que tal escala permite avaliar o nível de eficácia adaptativa inserida na concepção evolutiva observando a dinâmica do indivíduo num contexto biopsicossocial. O importante trabalho de Simon (1996) adota três tipos se adequação; adequado, pouco adequado e pouquíssimo adequado. As soluções adequadas para um indivíduo seriam construtivas, gratificantes, proporcionando um sentido de segurança e equilíbrio, havendo o predomínio das pulsões de vida e sendo definida como adaptação eficaz ou ineficaz leve. As soluções pouco adequadas envolveriam o equilíbrio entre pulsões de vida e de morte, mas trazem insegurança e tensão e são frustradoras e paralisantes. O diagnóstico seria assim denominado de adaptação ineficaz moderada. Existem ainda as soluções pouquíssimo adequadas onde ocorre o predomínio de pulsões de morte, sendo paralisantes ou involutivas frustrantes, gerando insegurança e tensão. Seu diagnóstico as denomina de adaptações ineficazes severas ou ineficaz grave.

De acordo com os dados coletados, observa-se que a paciente demonstra adaptação ineficaz moderada grupo III. Os objetivos são evitar adaptação ineficaz severa, recuperar ou adquirir adaptação eficaz. Em função disso, a psicoterapia breve operacionalizada foi sugerida, tendo a paciente aceitado dar continuidade aos atendimentos.

Segundo Simon (2005) se há uma situação problema que perturba o sujeito é possível tentar ajuda pela PBO. É importante também não confundir objetivos com diagnóstico.A psicoterapia Breve Operacionalizada começou a ser desenvolvida por Ryad Simon através de um trabalho com estudantes de medicina. Através da EDAO- escala diagnóstica adaptativa operacionalizada chegamos à um diagnóstico. A partir disso é possível ter um direcionamento para as ações numa psicoterapia breve, até 12 sessões, focando o mais importante em cada caso. A Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO) foi utilizada buscando-se trabalhar estas crises por perda de forma a verificar como a paciente manejava a situação em busca de uma adaptação, com relação aos setores a saber: afetivo-relacional, produtividade, sócio-cultural e orgânico. Após as três entrevistas

foram realizadas 12 sessões de PBO cujos aspectos mais relevantes foram comentados a seguir.

A paciente define esta fase como sendo um “recomeço”para o casal. A questão da possibilidade de um bebê acarreta uma perspectiva de novas responsabilidades.

A paciente parece querer, mas não tem pressa. O marido questiona se não seria tarde para ser pai. (40 anos). Um filho significa mergulhar num processo de amadurecimento e reforma de várias posturas e situações que geraria esforços de ambos. À parte estas falas, as conversas sobre o assunto parecem não ter prioridade entre o casal. A paciente traz à tona memórias felizes da adolescência em que dizia não querer casar nem ter filhos para não perder sua liberdade. Parece que inconscientemente ela revive este período e parece não querer deixá-lo, pois ao falar sobre ter filhos isto ainda parece distante emocionalmente.

A própria fala da paciente ao se definir como “viúva de marido vivo denota uma ambivalência de simultaneidade de duas condições impossíveis, como se lançasse mão de recursos egóicos para dar conta da ansiedade, insegurança quanto a própria presença do marido na relação e o que significava isso para ela. Ao mencionar esta definição, a paciente fala em tom de ironia, como se desejasse aplacar a tensão sentida ao mesmo tempo que traz consigo a temática da morte que a rodeia, assunto inicial de sua busca pelo serviço de psicologia.

Em outra ocasião diz que não gosta de sangue e se vê desmaia, como se fosse o representante simbólico de vida e morte, que ao ser “extravasado”, nos remete à nossa vulnerabilidade e fragilidade enquanto humanos e finitos.

A crise, é entendida como um acontecimento novo, emocionalmente perturbador, que pode advir de uma perda, ou ameaça de perda ou ganho ou ameaça de ganho que exigirá de cada um soluções de acordo com suas possibilidades. (Yamamoto & Simon, 2008). Num segundo momento após a aplicação da EDAO, a PBO possuiria como objetivo auxiliar o paciente a elucidar conflitos que originaram ou sustentaram a solução pouco ou pouquíssimo adequada gerando situações problema por causa de sua inadequação, buscando substituir as soluções inadequadas por outras mais adequadas.

A paciente relata que ficou 3 meses na casa da mãe por causa do temperamento dele e só chorava. Segundo Gebara, Rosa, Simon & Yamamoto (2004), os fatores precipitadores

de uma crise podem ser internos ou externos, positivos ou negativos podendo aumentar ou diminuir a eficácia adaptativa de um indivíduo.

Conforme a paciente já houvera briga no prédio por ele gritar e tudo mais quando então a paciente o levou ao psiquiatra. Ao ser indicado psiquiatra para o marido este solicita que a esposa (a paciente) o acompanhe.

A paciente afirma que hoje está menos ansiosa que quando não consegue alguma coisa deixa pra amanhã. Os atendimentos demonstraram resistência da paciente em encarar suas questões, detendo-se no relato de situações de outras pessoas, manifestando sono, como se evitasse o sentir, tendo isso sido apontado para ela em momento oportuno. A relação com a terapeuta foi boa, preocupando-se em avisar quando precisa faltar (para cuidar do sogro, numa ocasião), não tendo faltado nem atrasado significativamente. Tal fato denota a presença de um vínculo positivo com a terapeuta, correspondendo às demandas sociais de compromisso e responsabilidade com seu horário, de acordo com uma perspectiva mais racional. Então pergunto se sente essa mudança, ela relata que antes ficava com a garganta apertada e hoje se fica triste já chora e fala.

Há algum tempo relata que seu marido chegou a deixar seu nome sujo por não ter conseguido administrar as contas e esquecido de pagar, tendo utilizado o dinheiro do pai dela (que estava guardado) para pagar suas contas. Sugere uma questão de insegurança na relação e talvez imaturidade sentida com relação ao marido.

A PBO, possui como característica a curta duração dos atendimentos, mas a profundidade necessária para se chegar a compreensão nuclear do conflito que orienta a ineficácia da adaptação.(Gebara, 2008). Segundo Geertz (1989), o homem é um animal amarrado a uma teia de significados que ele mesmo teceu. É como a busca do arqueólogo, comparada a tarefa do psicanalista por Freud (Garcia & Arzeno, 1995). Amiraliam (1997) considera que a produção das respostas é determinada pelas condições do indivíduo (e não do acaso) havendo liberdade de manifestação, podendo proporcionar que conteúdos inconscientes aflorem.

Conclusões

Pudemos perceber a importância da utilização da EDAO enquanto instrumento que possibilita a obtenção de dados de forma organizada e sistemática buscando informações concernentes aos vários setores de funcionamento e assim, abarcando aspectos

relevantes sobre a condição do paciente num curto espaço de tempo, bem como abrindo reflexões sobre seu possível manejo em um momento posterior, a psicoterapia breve operacionalizada (que avalia o nível de eficácia adaptativa de acordo com uma concepção evolutiva analisando a dinâmica do indivíduo dentro de um contexto biopsicossocial).

As perdas por morte que a paciente sofrera a fizeram procurar o serviço de psicologia e permitiram adentrar em suas questões no que diz respeito aos conflitos sentidos no seu relacionamento com o marido. A brevidade dos atendimentos, situados com início, meio e fim, somada a possibilidade de escutar-se, parece ter contribuído para que o material que emergia nas sessões fosse observado de forma pontual, de acordo com as possibilidades da paciente em perceber-se, buscando novas formas de posicionamento, alívio de sofrimento, dissolução de conflitos, em busca de mais saúde e qualidade de vida. Tal panorama resultou em encaminhamentos do marido ao psiquiatra, reações diferenciadas na paciente procurando se impor e demonstrar limites, insatisfações, entre outros fatores.

Referências

Agostinho, P. (2004).Perspectiva psicossomática do envelhecimento. Revista Portuguesa de Psicossomática, Portugal, 6(1), 31-36.

Delamont, S.(2005). Ethnography and participant observation. United Kingdon: Sage.

Freud, S. (1913). Psycho- analysis. S.E. London, Hogarth, 1973, vol. XII, in Concordâncias e Divergêncas entre Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Simon, R. (1999), Jornal de Psicanálise, 32(58/59): 245-264.

Gebara, A., C.; Rosa, J. T.; Simon, R. ; & Yamamoto, K. (2004). Eficácia terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve. PSCIC, Revista de Psicologia da Vetor Editora, 5(1).

______.(2008). Pesquisa sobre a eficácia terapêutica da interpretação teorizada na psicoterapia breve operacionalizada. Tese de doutorado – Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, SP.

Perestrello, D.(1982). A medicina da pessoa. 3. ed. São Paulo: Atheneu.

Simon, R. (1983). Psicologia Clínica Preventiva : novos fundamentos , Vetor, São Paulo.

______. (1996). Psicologia clinica preventiva - novos fundamentos (encarte). São Paulo: EPU.

______.(2005).Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica. Casa do Psicólogo. São Paulo.

Yamamoto, K. & Simon, R. (2008). Psicoterapia Breve Operacionalizada em Situação de Crise Adaptativa. Advances in Health Psychology, 16(2)144-151.

GRUPOS DE APOIO NA REABILITAÇÃO DE MULHERES MASTECTOMIZADAS COM CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CAROLINA DE SOUZA[76]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[77]

Resumo

É visto na literatura que a participação das mulheres com câncer de mama nos grupos de apoio auxilia na reabilitação psicossocial e no tratamento, trazendo benefícios para seu bem-estar físico, psíquico e social, na medida em que as empodera para lidarem melhor com situações de estresse e incerteza. A convivência com outras mulheres que também tiveram que retirar a mama é um elemento que ajuda na aceitação de sua condição de ser mastectomizada e no entendimento do problema e das consequências resultantes. Este estudo teve por objetivo investigar a percepção que as mulheres com câncer de mama têm dos grupos de apoio que elas frequentam por meio da análise da produção científica publicada no período de 2000 a 2013. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das bases de dados LILACS, PubMed, PsycINFO e CINAHL. Foram selecionados 20 artigos, que constituíram o *corpus* do estudo. Os achados foram agrupados por meio de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que, em sua maioria, os grupos de apoio trazem benefícios de ordem psicológica, redução de estresse, aumento da expectativa e qualidade de vida, melhora do humor, compartilhamento de informações sobre diversos tratamentos, entre outros. Além disso, os estudos também mostraram que, depois das intervenções psicossociais, as mulheres apresentaram uma melhora na intensidade dos sintomas relacionados ao estresse, contato com os amigos e com familiares.

Palavras-chave: neoplasias mamárias; grupos de apoio social; grupos de auto-ajuda; psicoterapia de grupo; revisão de literatura.

[76] Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. Pesquisadora do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq) e do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas - REMA (EERP-USP). Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP, processo número 2013/22890-8. E-mail: carol.souza@hotmail.com

[77] Psicólogo. Professor Associado 3 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq) e membro do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas - REMA (EERP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Introdução

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom (Brasil, 2014a). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), investir em novos conhecimentos sobre essa doença é necessário para estabelecer prioridades e alocar recursos para modificar o cenário na população brasileira (Brasil, 2014b). Em 2014 eram esperados 57.120 casos novos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (Brasil, 2014b).

Atualmente, discute-se a multiplicidade de fatores envolvidos na etiologia das neoplasias (Peres & Santos, 2009, 2012). O câncer é uma doença complexa e multifatorial. Os fatores relacionados ao estilo de vida têm uma base comportamental, como o uso de álcool e tabaco, exposição à radiação solar sem proteção e negligência de autocuidados, que se manifesta, por exemplo, na postergação na busca de serviços de saúde e não realização de exames preventivos. Outros fatores são de base psicoemocional, como a influência de estados ansiosos e depressivos sobre o funcionamento do sistema imunológico. Esses fatores, comportamentais e emocionais, se combinam com os determinantes biológicos tradicionalmente investigados, como herança genética e maior vulnerabilidade de alguns órgãos em função da exposição a determinados fatores de risco.

Especificamente no caso de pessoas com câncer de mama, as mudanças estão relacionadas, principalmente, à aparência física e a alterações psicossociais, o que inclui: sintomas de ansiedade e depressivos, diminuição da libido, problemas físicos, sociais e financeiros (Barrera & Spiegel, 2014; Gonçalves, Tavares, Campana, Cabello, & Shimo, 2012). Durante toda a vida a mulher aprendeu que o corpo feminino constitui-se por alguns caracteres secundários que o diferenciam do masculino, como as mamas. No entanto, ao se submeter à mastectomia, a mulher vivencia a cirurgia como um ato agressivo, um ataque a essa estética corporal que construiu ao longo da vida, o que a faz perceber com estranheza o seu corpo (Ferreira & Mamede, 2003).

A mulher que enfrenta o câncer de mama necessita ser acompanhada durante todo o tratamento, considerado um período difícil no qual necessitará de apoio familiar e social intensivo para lidar com os desafios da readaptação e os problemas do cotidiano (Caetano, Gradim, & Santos, 2009). Após concluir essa etapa, a mulher ainda tem pela frente um longo percurso de reabilitação psicossocial.

A convivência com outras mulheres que retiraram a mama é um elemento facilitador da aceitação da nova condição de mastectomizada (Caetano, Panobianco, & Gradim, 2012). Assim, os programas de reabilitação, grupos de apoio e grupos de auto-ajuda são recursos importantes que podem auxiliar na compreensão dos problemas enfrentados e no alívio de parte substancial dos sintomas (Barbosa, Ximenes, & Pinheiro, 2004; Fernandes, Rodrigues, & Cavalcanti, 2004; Oliveira, Souza, & Fernandes, 2008).

Caetano, Panobianco e Gradim (2012) mostraram que a participação de mulheres com câncer de mama em grupos de apoio colabora significativamente para sua reabilitação integral, ou seja, aquela que contempla as necessidades físicas, psíquicas e sociais, o que mostra que esses grupos não se limitam somente a fornecer ajuda psicológica a essas mulheres. A convivência com outras mulheres, que também precisaram retirar a mama, é um elemento que auxilia na aceitação de sua condição de ser mastectomizada e no entendimento dos problemas resultantes, pois o período que sucede ao diagnóstico de câncer de mama é especialmente difícil. A mulher necessita receber suporte social e familiar para enfrentar as condições adversas e se envolver nos desafios da readaptação, aprendendo a lidar de forma efetiva com os problemas do cotidiano (Caetano et al., 2012).

Objetivo

Ainda são escassos os estudos que buscam mapear e sistematizar o conhecimento atual sobre a temática dos grupos de apoio no câncer de mama. Definir o estado da arte nessa área de conhecimento é importante para identificar lacunas e definir prioridades de novas pesquisas. Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo identificar a produção científica nacional e internacional sobre a temática dos grupos de reabilitação psicossocial para mulheres com câncer de mama.

Materiais e Métodos

Esta é uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, que teve como recorte temporal o período entre 2000 e 2013. Tendo em vista o objetivo de sumarizar o conhecimento produzido no decorrer de uma década, optou-se pelo método de revisão integrativa.

O estudo de revisão integrativa da literatura foi orientado pela seguinte questão norteadora: *Qual é a percepção que as mulheres com câncer de mama tem acerca do grupo de apoio para mastectomizadas?* A coleta dos dados foi realizada em periódicos

indexados em bases regionais e internacionais de dados bibliográficos PubMed, LILACS, PsycINFO e CINAHL. Foram pesquisados os artigos indexados com as seguintes palavras-chave: "*breast neoplasms*", "*neoplasias da mama*", "*self-help groups*", "*grupos de auto-ajuda*", "*psicoterapia de grupo*" e "*psycotherapy, group*".

Foram considerados como critérios de inclusão os seguintes parâmetros: (a) artigos circunscritos ao tema do câncer de mama feminino; (b) redigidos na língua inglesa, portuguesa ou espanhola; (c) publicados entre janeiro de 2000 e maio de 2013; (d) que apresentavam resultados empíricos; (e) que disponibilizavam o resumo nas bases de dados e (f) que estavam de alguma maneira relacionados à percepção dessas mulheres sobre os grupos de apoio que frequentam. Como critérios de exclusão, estabeleceram-se os seguintes limites: (a) apresentação sob formato de dissertação, tese, capítulo de livro, livro, manual, editorial, resenha, comentário, notícia ou crítica e (b) estudos de revisão da literatura.

Após a leitura dos artigos escolhidos procedeu-se a extração dos dados de interesse para a revisão. Utilizou-se, para tanto, um formulário apropriado para esse fim. Em seguida, as informações extraídas das publicações foram organizadas e submetidas à análise de conteúdo (Minayo, 2008). Essa análise ocorreu em três etapas: (a) pré-análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos resultados obtidos. Os dados foram organizados de acordo com os conteúdos prevalecentes no *corpus* investigado e analisados criteriosamente (Cesnik & Santos, 2012).

Resultados

Os artigos selecionados para o *corpus* do estudo foram divididos em 12 temas, os quais não são mutuamente excludentes, de maneira que um mesmo artigo pode abordar mais de um dos 12 assuntos encontrados.

O foco principal dos estudos recaiu sobre o *ajustamento emocional*, englobando 80% dos artigos selecionados. Nesse tema é comum encontrar as mulheres partilhando de seus sofrimentos e informações sobre a doença, o que diminui a tensão e a expectativa frente ao desconhecido e as deixam menos assustadas com relação a tudo o que está acontecendo (Pinheiro, Silva, Mamede & Fernandes, 2008).

O segundo tema mais prevalecente foi o *estresse* (englobando 60% dos artigos revisados), sendo que nesse tópico foi encontrado que os grupos de apoio ajudam a reduzir o estresse emocional e a melhorar habilidades para lidar com esse estresse e com a própria doença (Dolbeault et al., 2009).

Seguindo-se a esse assunto, apareceu a categoria *bem-estar psicossocial/qualidade de vida*, que englobou 50% dos artigos encontrados. Foi relatado que mulheres que participam de grupos de apoio apresentam melhoria na sua qualidade de vida e até mesmo uma melhora na sua “qualidade psicológica” (Namkoong et al., 2010).

Os outros nove temas destacados foram: *ansiedade*, *ajustamento psicossocial*, *dor*, *limitações*, *sobrevivência*, *materiais educacionais / psicoeducacionais*, *empoderamento*, *autoeficácia* e *funcionamento psicossexual*.

Conclusões

A maioria dos artigos comprova os benefícios potenciais que os grupos de apoio trazem para as pacientes. Entre eles, benefícios de ordem psicológica, redução de estresse, aumento da expectativa e qualidade de vida, melhora do humor, compartilhamento de informações sobre diversos tratamentos, entre outros.

Apesar de mais limitados em termos de quantidade, também foram encontrados estudos que concluíram que os grupos de apoio não ajudam em nada quanto ao aumento da expectativa de vida dessas mulheres e que o auxílio fica somente na parte psicológica.

De fato, há evidências de que os grupos de apoio para mulheres com câncer de mama levam a melhores desfechos psicológicos, porém, as evidências dos efeitos do grupo para o incremento da sobrevivência das pacientes não são convincentes (Goodwin et al., 2001; Goodwin, 2005). Esse dado contrasta com estudo anterior (Andersen et al., 2008), que evidenciou que a intervenção psicossocial pode contribuir para aumentar a sobrevida em pacientes com câncer de mama.

Referências

Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., Young, D. C., & Carson III, W. E. (2008). Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *American Cancer Society*, *113*(12), 3450-3458.

Barbosa, R. C., Ximenes, L. B., & Pinheiro, A. K. B. (2004). Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paulista de Enfermagem, 17*(1), 18-24.

Barrera, I., & Spiegel, D. (2014) Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International Review of Psychiatry, 26* (1), 31-43.

Brasil (2014a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama Acesso em: 10 de julho de 2014.

Brasil (2014b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>. Acesso em: 10 de julho de 2014.

Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem UERJ, 17*(2), 257-261.

Caetano, E. A., Panobianco, M. S., & Gradim, C. V. C. (2012). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. Revista *Eletrônica de Enfermagem*, *14*(4), 965-973.

Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012a). Mastectomia e sexualidade: uma revisão Integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(2), 339-349.

Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., Gauvain-Piquard, A., Hardy, P., & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, *18*, 647–656.

Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., & Cavalcanti, P. P. (2004). Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem, 57*(1), 31-34.

Ferreira, M. L. S. M., & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 11*(3), 299-304.

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Speca, M., & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, *345*(24), 1719-1726.

Goodwin, P. J. (2005). Support groups in advanced breast cancer: living better if not longer. *Cancer*, *104*(11), 2596-1601.

Gonçalves, C. O., Tavares, M. C. G. C. F., Campana, A. N. N. B., Cabello, C., & Shimo, A. K. K. (2012). Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Prática*, *14*(2), 43-55.

Minayo, M. C. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Namkoong, K., Shah, D. V., Han, J. Y., Kim, S. C., Yoo, W., Fan, D., McTavish, F. M., & Gustafson, D. H. (2010). Expression and Reception of Treatment Information in Breast Cancer Support Groups: How Health Self-Efficacy Moderates Effects on Emotional Well-Being. *Patient Education and Counseling*, *81*(1), 41-47.

Oliveira, M. S., Souza, A. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *10*(3), 816-822.

Peres, R. S. & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(4), 611-620.

Pinheiro, C. P. O., Silva, R. M., Mamede, M. V., & Fernandes, A. F. C. (2008). Participação em Grupo de Apoio: Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *16*(4).

GRUPO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: EMPODERAMENTO PARA LIDAR COM UM FUTURO INCERTO

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

MARISLEI SANCHES PANOBIANCO

LEONARDO TOSHIAKI BORGES YOSHIMOCHI

MARIA ANTONIETA SPINOSO PRADO

SIMONE MARA DE ARAUJO FERREIRA

THAIS DE OLIVEIRA GOZZO

SANDRA CRISTINA PILLON

ADRIANA INOCENTI MIASSO

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar o grupo de apoio para mulheres com câncer de mama como um espaço de empoderamento para lidar com um futuro incerto. Os encontros grupais ocorrem três vezes por semana, com uma hora de duração e uma média de 20-25 participantes por reunião. Os resultados indicam que o grupo promove um ambiente que favorece o oferecimento de apoio social, compartilhamento de sentimentos, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação em saúde, informação e discussão de questões existenciais.

Palavras-chave: Câncer de mama; Grupo de apoio; Mastectomia.

Introdução

O câncer de mama é um problema de saúde pública no Brasil. Segundo as estimativas oficiais, somente em 2014 seriam registrados no país mais de 50.000 novos casos. Trata-se da maior causa de morte por câncer entre as mulheres, só perdendo para o câncer de pele do tipo não melanoma (BRASIL, 2014).

É importante saber que a contribuição do rastreamento para essa redução da mortalidade varia entre 30% e 50%, isto é, quando um programa de rastreamento reduz a mortalidade em 30%, o rastreamento contribui com 9% a 15%, enquanto que a melhoria do tratamento e do diagnóstico precoce contribui com 15% a 21%. A descoberta tardia do

tumor restringe as possibilidades de tratamento, reduz as possibilidades de cura e limita o prognóstico (BRASIL, 2011).

O interesse da comunidade científica pelos aspectos psicossociais do câncer de mama aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Um dos principais temas investigados tem sido o impacto psicossocial do diagnóstico e do tratamento (MAMEDE, 1991; WANDERLEY, 1994; ALMEIDA, 1997; McBRIDE et al., 2000; ROSSI, 2001; ROSSI; SANTOS, 2003; SANTOS, 2003; SILVA, 2006). A literatura evidencia que esse conhecimento é relevante para o aprimoramento das modalidades de atendimento multidisciplinar às mulheres e fornecimento de suporte a seus familiares (SPIEGEL et al., 1999).

Tendo em vista o impacto psicossocial do câncer de mama e de seu tratamento, a assistência multidisciplinar à mulher em reabilitação mostra-se essencial. No entanto, nota-se que, ainda nos dias de hoje, os serviços de saúde privilegiam, na maioria das vezes, os cuidados físicos e colocam em segundo plano a atenção psicossocial às mastectomizadas. Com o intuito de preencher essa lacuna, foi criado em Ribeirão Preto (SP) um serviço de reabilitação física e psicossocial às mulheres mastectomizadas (ALMEIDA, 1997).

O presente relato aborda o grupo de apoio como uma estratégia de suporte e empoderamento para mulheres mastectomizadas. Essas mulheres, desde que tomam consciência do diagnóstico de câncer de mama, passam a enfrentar um futuro incerto do ponto de vista de sua sobrevivência.

Tendo em vista o exposto, o objetivo deste estudo foi investigar o grupo de apoio para mulheres com câncer de mama como um espaço de empoderamento para lidar com um futuro incerto.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da experiência dos autores com a assistência psicossocial às mulheres com câncer de mama.

Cenário do estudo

O Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) foi criado em 1989, a partir do pressuposto de que a assistência em saúde não deve se limitar apenas aos cuidados anatomopatológicos, mas contemplar, no contexto

de uma abordagem biopsicossocial, a integralidade e as especificidades das pacientes (MAMEDE, 1991; ALMEIDA, 1997).

O REMA nasceu graças à iniciativa e abnegação de suas fundadoras, as professoras Marli Villela Mamede, Maria José Clapis e Ana Maria de Almeida, e se mantém vivo e com notável vigor em suas duas décadas e meia de existência graças ao espírito de liderança e empreendedorismo da enfermeira assistencial Maria Antonieta Spinoso Prado.

Considerando esses pressupostos, o REMA visa, basicamente, a:

(1) Prestar assistência integral, multidisciplinar e gratuita à mulher com câncer de mama e seus familiares, estimulando a preservação de seus papéis sociais e suas habilidades pessoais, considerando-se sempre o seu contexto social;

(2) Treinar e capacitar profissionais, alunos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e outras áreas da saúde para a reabilitação psicossocial; desse modo, trabalhar com uma extensa formação multidisciplinar para a assistência integral à mulher mastectomizada;

(3) Desenvolver pesquisa sobre câncer ginecológico e mamário;

(4) Prestar assessoria especializada a outras instituições de saúde;

(5) Desenvolver programas de prevenção e detecção do câncer ginecológico e mamário.

As estratégias de assistência colocadas em prática pelo REMA visam à reabilitação biopsicossocial das usuárias e incluem programas de exercícios físicos individuais e coletivos, cuidados de Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Nutrição, atendimento psicológico, bem como atividades de recreação e lazer para fomentar a sociabilidade.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram registrados durante as reuniões do grupo de apoio. A análise dos dados compreendeu a leitura atentiva das atas de dez encontros, produzidas por meio do registro em tempo real das observações realizadas.

Segundo Minayo (2006), são três as etapas do processo da análise de conteúdo temática: **pré-análise** (organização preliminar do material que constituiu o *corpus* de análise, leitura geral e flutuante das anotações e sistematização das ideias principais, que permitiram identificar os núcleos emergentes dos relatos); **descrição analítica** (categorização dos dados por similaridade de conteúdos, gerando categorias temáticas);

interpretação referencial (interpretação dos conteúdos temáticos de acordo com o referencial teórico adotado).

Resultados e Discussão

Neste estudo, focalizamos as potencialidades do grupo de apoio para mulheres que vivenciam o câncer de mama, oferecido no contexto do REMA. Este serviço acolhe, em média, 100 casos novos por ano e presta assistência a cerca de 200 mulheres registradas em anos anteriores.

O grupo de apoio é uma das modalidades de atendimento oferecidas por esse programa de caráter interdisciplinar. Ele tem o propósito de oferecer um espaço permissivo no qual as participantes possam discutir livremente questões relacionadas ao enfrentamento do câncer de mama. Desse modo, as usuárias do serviço desfrutam de um momento em que podem compartilhar sentimentos, dúvidas sobre a doença e tratamento, receber cuidados e apoio de outras mulheres e de profissionais que podem compreender e fomentar a discussão dos problemas vivenciados.

Esse grupo de apoio busca promover um ambiente que favoreça o suporte social, compartilhamento de experiências, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação, informação e discussão de questões existenciais. O enfoque é posto nos aspectos da reabilitação física e psicossocial. Os encontros ocorrem três vezes por semana, no período da manhã, e têm uma hora de duração e média de 30 participantes por reunião. Os coordenadores são profissionais da equipe multiprofissional. Normalmente, há mais de um coordenador a cada grupo realizado, uma vez que a perspectiva que norteia o trabalho é interdisciplinar. Uma enfermeira contratada do serviço exerce a função de coordenadora fixa do grupo e tem como colaboradores outros profissionais da equipe que atuam em esquema de revezamento.

Os grupos são abertos, com a participação de mulheres recém-admitidas e daquelas em seguimento. Como se trata de um serviço de "portas abertas", as usuárias têm liberdade de o utilizarem na medida de suas necessidades e pelo tempo que desejarem, portanto não há um período predeterminado para finalizar os tratamentos. Os temas abordados durante as reuniões do grupo de apoio psicossocial são propostos tanto pelos coordenadores quanto pelas participantes. Enfatiza-se a percepção que as participantes estão tendo de sua situação de vida, a troca ativa de informações e a expressão dos sentimentos identificados a cada momento do grupo.

As reuniões ocorrem logo após a realização de uma sessão de atividades físicas, aplicadas durante uma hora, também em grupo. A intervenção grupal verbal tem por objetivos: (a) criar um espaço de acolhimento para as questões emocionais associadas ao enfrentamento da doença; (b) oferecer um contexto de conversação que possa favorecer, a partir da troca de informações e experiências entre as usuárias do serviço, o desenvolvimento de recursos adaptativos; (c) fomentar a adoção de estratégias de enfrentamento mais eficazes frente à doença e seu tratamento.

Os profissionais que se propõem a trabalhar com grupos de mulheres que vivenciam o câncer de mama fornecem explicações e orientações sobre o tratamento e os problemas psicossociais advindos deste. Além disso, fomentam a discussão das experiências vivenciadas pelas mulheres.

A observação empírica dos encontros indica que o grupo cumpre seus objetivos suportivos. Após análise das atas de 10 encontros, produzidas por meio do registro em tempo real das observações realizadas, foram extraídos os núcleos temáticos, entre os quais se destacaram: a percepção do acolhimento; a naturalidade com que se fala sobre o câncer; o câncer como "visitante" indesejado; o câncer como *divisor de águas*, possibilitando à mulher acometida se perceber e se conhecer; o medo da recidiva, de sequelas e complicações (linfedema), bem como a importância do apoio oferecido pelo serviço de reabilitação.

A análise compreensiva dos relatos das participantes do grupo evidenciou que, no espaço do grupo, as mulheres mastectomizadas discorrem com naturalidade sobre os diferentes momentos vividos após o diagnóstico do câncer. Compartilham com muita franqueza seus sentimentos, suas experiências de tratamento e reafirmam sua vontade de viver.

O diagnóstico é significado como um momento de intenso sofrimento e desencadeador de incerteza e desesperança frente ao futuro. Contudo, com a participação no grupo de apoio, as mulheres relatam que aprenderam a se adaptar a essa nova situação e a redimensionar seus valores.

A vontade de viver parece ficar ainda mais intensificada após a doença e vem acompanhada da esperança de que tudo vai dar certo e de que o tratamento alcançará êxito. O câncer de mama parece, assim, proporcionar um novo despertar para a vida.

Considerações Finais

O presente estudo mostrou que a estratégia grupal constitui uma modalidade de atendimento que oferece continência para questões emocionais suscitadas pelo câncer de mama e seus tratamentos. Ao compartilharem seus sentimentos e dúvidas sobre a doença e as terapêuticas instituídas, reforça-se a possibilidade de as mulheres recuperarem controle sobre suas vidas, em vez de permanecerem em uma posição submissa frente aos profissionais de saúde. Isso favorece o empoderamento, incentivando a adoção de atitudes positivas frente às adversidades, o que é necessário para fortalecer o comportamento de busca de saúde.

Desse modo, o grupo de apoio poderá potencializar as competências e habilidades de mulheres que vivenciam esse tipo de situação humana em seu percurso de gradual reconquista do bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Ao considerar os aspectos analisados, sugere-se a inclusão desse tipo de atendimento dentre as estratégias oferecidas por programas de caráter interdisciplinar voltados à assistência de mulheres em processo de reabilitação pós-mastectomia. O aprofundamento das questões destacadas poderá ser objeto de estudos posteriores.

Referências

ALMEIDA, A. M. (1997). **Vivendo a incerteza da doença:** a experiência de mulheres como câncer de mama. 152p. Tese (Doutorado) Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BRASIL. (2014). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014:** Incidência de câncer no Brasil. (internet). Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: < /www.inca.gov.br >. Acesso em: 10 nov. 2014.

BRASIL. (2014). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Rastreamento organizado do câncer de mama:** a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. (internet). Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: < /www.inca.gov.br >. Acesso em: 31 out. 2014.

MAMEDE, M. V. (1991). **Reabilitação de mastectomizadas:** um novo enfoque assistencial. Ribeirão Preto. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

McBRIDE, C. M.; CLIPP, E.; PETERSON, B. L.; LIPKUS, I. M.; DEMARK, W. W. (2000). Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. **Psycho-Oncology**, 9(5), 418-427.

ROSSI, L. (2001). **Repercussões psicológicas do câncer de mama e de seu tratamento.** Monografia de Conclusão de Curso. Programa de Bacharelado do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do câncer e de seu tratamento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, 23(4), 32-41.

SANTOS, M. A. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, 4(4), 43-51.

SILVA, G. (2006). **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SPIEGEL, D.; MORROW, G. R.; CLASSEN, C.; RAUBERTAS, R.; STOTT, P. B.; MUDALIAR, N.; PIERCE, H. I.; FLYNN, P. J.; HEARD, L.; RIGGS, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. **Psychooncology**, 8(6), 482-493.

WANDERLEY, K. S. (1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. L. (Org.). **Introdução à Psico-Oncologia.** Campinas: Editorial Psy, p. 95-101.

MÁS NOTÍCIAS NA PRIMEIRA SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA PARA O CÂNCER DE MAMA

FELIPE DE SOUZA ARECO[78]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[79]

MARISLEI SANCHES PANOBIANCO[80]

NATÁLIA GALLO MENDES FERRACIOLI[81]

Resumo

Um dos maiores desafios enfrentados pelo profissional de saúde que atuam em oncologia é a comunicação de más notícias, uma vez que essa tarefa o obriga a lidar com o impacto psicológico produzido no paciente e no próprio profissional. Este relato de experiência teve como objetivo investigar como mulheres com câncer de mama recebem uma má notícia durante a sua primeira sessão de quimioterapia. Participaram três pacientes que haviam sido submetidas recentemente à mastectomia em um hospital de uma cidade do interior paulista. As participantes reagiram com sentimentos de impotência, ameaça e angústia ao vivenciarem a má notícia e entrarem em contato com eventos catastróficos que envolviam seus entes queridos. O acompanhamento psicológico se mostrou fundamental para que elas pudessem se familiarizar com a má notícia. As pacientes demonstraram ser capazes de entrar em processo de elaboração do estressor, mesmo estando em plena vigência do tratamento quimioterápico para o câncer de mama, concomitantemente. Discute-se a importância do manejo do profissional ao planejar estrategicamente a melhor maneira de comunicar as más notícias.

Palavras-chave: Comunicação de más notícias, Psico-oncologia, câncer de mama, relação profissional-paciente.

[78] Psicólogo, Mestrando em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: felipearecopsicologo@gmail.com
[79] Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br
[80] Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
[81] Psicóloga, especialista em Saúde Mental.

Introdução

As dificuldades e impedimentos tornam-se evidentes quando a equipe de saúde deve comunicar más notícias aos pacientes e/ou familiares. Comunicar más notícias é, provavelmente, uma das tarefas mais difíceis que os profissionais de saúde têm de enfrentar em seu cotidiano profissional, pois implica em lidar com o forte impacto psicológico produzido no paciente e em sua rede de apoio, bem como no próprio profissional. De fato, quem recebe uma má notícia dificilmente esquece onde, como e quando ela foi comunicada (Almanza-Muñoz & Holland, 1999; Rosenzweig, 2012).

Segundo Buckman (1992), pode-se definir “má notícia” como qualquer informação que afeta, de forma séria e adversa, a visão que o indivíduo tem de seu futuro. O profissional de saúde deve estar preparado para comunicar más notícias. Essa tarefa torna-se ainda mais difícil quando a pessoa que deve receber tal notícia está passando por outra situação difícil, como enfrentar o diagnóstico de uma doença grave e estar se submetendo a um tratamento de saúde.

Saber comunicar-se é uma habilidade essencial em momentos de interação, permitindo inclusive que aquele que está se comunicando conheça melhor o que o outro pensa e sente, tendo, assim, maior facilidade na transmissão de sua percepção e de suas ideias. Nessa vertente, a boa habilidade de comunicação proporciona melhora na qualidade da prestação de serviços na área da saúde (Pereira, 2005).

Ao se inserir a comunicação como parte intrínseca do trabalho do profissional de saúde é relevante destacar também suas limitações, que se revelam naquilo que ele vivencia, percebe ou compreende ao se deparar com os fatos que fazem parte da realidade dos indivíduos sob seus cuidados (Perdicaris, 2009).

Uma má notícia pode desencadear inúmeras reações emocionais imprevisíveis naquele que a recebe. O infortúnio de receber uma notícia adversa se torna um grande desafio quando aquilo que se comunica tem o poder de desencadear mudanças que desalojam o indivíduo de sua zona de conforto. Nessas circunstâncias, a mensagem comunicada pode desestabilizar a linha de continuidade do existir, gerando um fissura no cotidiano, especialmente quando o acontecimento tem o potencial de desalinhar a possibilidade de um futuro certo e sem temores. Desse modo, quando se está diante de algo inesperado e irreversível, o efeito pode ser devastador (Bailea et al., 2000; García, 2006).

Quando o paciente é acompanhado por equipe multiprofissional, há possibilidade de proporcionar-lhe uma retaguarda que pode atenuar os efeitos traumáticos dos eventos adversos. Ao receber o apoio dos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, ele sente que poderá ter com quem contar no momento da comunicação de uma má notícia (Alves, 2009). De fato, podem ser programadas ações em conjunto, que auxiliam o indivíduo a ressignificar o impacto do evento negativo em suas vidas.

O diagnóstico do câncer de mama é uma das situações em que se faz necessário manejar o modo como o profissional de saúde deve comunicar a má notícia. Após a comunicação do diagnóstico, a paciente inicia um percurso prolongado de tratamento, que consiste basicamente em: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Ao lado da cirurgia, a quimioterapia é uma das modalidades mais agressivas e desafiadoras do tratamento, devido aos múltiplos efeitos adversos que desencadeia. Algumas vezes ocorre de a paciente, que já se encontra extremamente fragilizada e sensível nesse momento, enfrentar outros reveses em sua vida, justamente no momento de maior vulnerabilidade imposta pelo tratamento. Ao considerar essa possibilidade, justifica-se a realização de estudos que investiguem a concomitância entre realizar um tratamento altamente doloroso e receber uma má notícia envolvendo a saúde de uma pessoa significativa da rede pessoal do paciente.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo relatar como mulheres com câncer de mama recebem uma má notícia durante a sua primeira sessão de quimioterapia.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, que se enquadra na modalidade de relato de experiência profissional.

Participantes

Participaram do estudo três pacientes com câncer de mama, que serão identificadas neste estudo por meio de nomes fictícios: Antônia, 49 anos; Maria, 45 anos; Sônia, 62 anos. Essas pacientes estavam em acompanhamento regular em um hospital

de uma cidade do interior paulista. As três haviam realizado, recentemente, a cirurgia para remoção do tumor mamário.

Além do atendimento médico e de enfermagem, as pacientes recebiam acompanhamento psicológico.

Coleta de dados

O contato com as participantes foi realizado quando estavam recebendo quimioterapia como parte do protocolo para tratamento do câncer de mama. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, logo após o procedimento, de modo a preservar a privacidade das pacientes.

O psicólogo responsável pelo atendimento, geralmente acompanhado por uma profissional de enfermagem e pelos familiares presentes, abordava as pacientes e comunicava a má notícia, de acordo com as recomendações da literatura (Rosenzweig, 2012). Foram seguidos todos os cuidados éticos preconizados pela ética em pesquisa com seres humanos.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas de memória logo após a realização do encontro, mediante o consentimento das participantes. O conteúdo foi organizado de acordo com a análise de conteúdo.

Resultados e Discussão

As pacientes receberam a má notícia logo após terem completado sua primeira sessão de quimioterapia. Os conteúdos das notícias foram: falecimento de um dos filhos; acidente automobilístico de um irmão e perda de um ente querido que estava hospitalizado no mesmo hospital em que a paciente realizava a quimioterapia naquela ocasião.

Após a avaliação da enfermeira e em discussão com o psicólogo responsável que atendeu as pacientes, foi evidenciada a importância de se dar a notícia após o término da

sessão, pois todos os preparos necessários para a realização da quimioterapia já estavam contemplados e as mulheres já haviam sofrido um desgaste emocional pelo fato de terem de iniciar essa etapa do tratamento para uma doença estigmatizante como o câncer.

As pacientes, ao se depararem com a comunicação da má notícia, demonstraram profundo entristecimento.

(1) Antônia emudeceu ao receber a notícia de que seu irmão havia sofrido um acidente automobilístico. Após alguns segundos desabafou, em tom de lamento***:*** *"Ele é muito desatento no volante, eu sempre pedia pra ele ter cuidado".* Nesse momento, a paciente desvelava seu papel de cuidadora e, ao mesmo tempo, demonstrava preocupação com o que estaria por vir: *"Ele não morreu não, né?"*. O psicólogo e a enfermeira se colocaram em uma posição de acolhimento, juntamente com o esposo da paciente, que naquele momento também recebia a má notícia, revelando que o irmão encontrava-se hospitalizado em cidade próxima ao acidente e que seu estado de saúde mantinha-se estável.

(2) Maria recebeu a notícia de que um ente querido, que estava internado no mesmo hospital em que ela realizava a quimioterapia, havia falecido. Sua reação foi um misto de choque, desespero e incredulidade. *"Ele estava grave, mas até ontem tinha melhorado! Como pode? Eu quero ir até lá, porque só pode ser mentira."* Ao receber a má notícia, Maria alternou momentos de negação com reação de indignação, caindo em um choro convulso. Nesse instante foi amparada por sua filha, que também tomava conhecimento da morte de seu primo. O psicólogo acolheu e ofereceu escuta, tentando ser continente ao sofrimento da paciente.

(3) Após concluir a sessão de quimioterapia, Sonia recebeu a notícia de que seu filho, que estava muito adoecido e internado em outra cidade, havia falecido. A paciente comentou que foi oportuno não terem lhe contado durante a sua primeira sessão: *"Eu poderia morrer ali. Eu estava com muito medo do que eu ia sentir nessa primeira sessão de quimio, eu poderia desmaiar. Sinto muito e não sei se consigo ir a tempo para enterrá-lo."* Sua reação foi de choro contínuo, porém contido. Foi amparada pela filha, que também chorava muito, e ambas foram acolhidas pelo psicólogo naquele momento difícil. O profissional buscou oferecer uma escuta continente e compreensiva, validando as sensações e sentimentos presentes.

Ao reconhecer que a pessoa que recebe uma má notícia dificilmente esquece onde, quando e em que circunstâncias ela foi comunicada (Almanza-Muños, & Holland, 1999), aumenta a responsabilidade da equipe de saúde com a maneira como os conteúdos adversos devem ser comunicados à pessoa que já se encontra vulnerável em decorrência de uma condição crítica de saúde.

No presente estudo, para as três pacientes com câncer de mama que se encontravam face a face com sua primeira sessão de quimioterapia, ficou nítida a sensação de impotência e os sentimentos de medo, insegurança e angústia despertados ao vivenciarem a má notícia. Vivenciando elas próprias um momento de intensa vulnerabilidade, devido à delicada situação proporcionada pelo tratamento invasivo para o câncer de mama, essas participantes tiveram que entrar em contato com as emoções catastróficas suscitadas por acidentes, doenças e mortes envolvendo familiares.

Evidenciou-se a importância de disponibilizar escuta e acolhimento psicológico imediato a fim de auxiliar essas mulheres a lidarem com as consequências da exposição a eventos estressores com elevado conteúdo ansiogênico e desestabilizador. A continuidade do atendimento psicológico se mostra necessária nesses casos, uma vez que os efeitos traumáticos dos acontecimentos adversos afetam a condição emocional das pacientes, já seriamente abaladas pelo enfrentamento de uma doença potencialmente fatal como o câncer. Esses fatores, somados e combinados, podem se potencializar e, assim, prejudicar a continuidade do tratamento.

De fato, percebeu-se que a má notícia, comunicada nessas condições extremas e tão delicadas, pode potencializar ainda mais a vulnerabilidade das pacientes, justamente em um momento em que é preciso trabalhar ativamente sua autoestima e motivação para seguir em frente com um tratamento extremamente difícil e penoso. Isso aumenta a importância da oferta do atendimento psicológico na crise, a fim de prevenir maiores danos emocionais que poderiam levar as pacientes a sucumbirem à tristeza e à depressão, o que poderia contribuir para abalar ainda mais seu sistema imunológico já severamente comprometido com os tratamentos invasivos.

Considerações Finais

Este estudo relatou a experiência com mulheres com câncer de mama que receberam uma má notícia durante a sua primeira sessão de quimioterapia. As participantes deste estudo reagiram com sentimentos de impotência, ameaça e angústia ao vivenciarem a má notícia e entrarem em contato com eventos catastróficos envolvendo seus entes queridos. Neste momento se fez importante o manejo do psicólogo e da enfermeira ao planejarem estrategicamente a melhor maneira de comunicar as más notícias. Chegou-se à conclusão de que o acompanhamento psicológico era fundamental nesse momento, pois as pacientes puderam se familiarizar com a má notícia, demonstrando que eram capazes de entrar em processo de elaboração e compreensão do estressor, mesmo estando em pleno tratamento quimioterápico para o câncer de mama, concomitantemente.

Referências

Almanza-Muñoz, J. J., & Holland, J. C. **(**1999). La comunicación de las malas noticias en la relación medico-paciente. III: Guía clínica práctica basada en evidencia. *Revista de Sanidad Militar*, *53*(3), 220-224.

Alves, E. G. R. (2009). Equipe de trabalho e trabalho em equipe. In M. T. Veit (Org.), *Transdisciplinaridade em oncologia: Caminhos para um atendimento integrado*. ABRALE: Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (1. ed.). São Paulo: HR Gráfica e Editora.

Bailea, W. F., Buckmanb, R., Lenzia, R., Blobera, G. Bealea, E. A., & Kudelkab, A. P. (2000). SPIKES - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist, 5*(4), 302-311. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full>. Acesso em: 06 nov 2014.

Buckman, R. (1992). *Breaking bad news: A guide for health care professionals.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

García, D. F. (2006). Breaking bad news in medicine: Strategies that turn necessity into a virtue. *Medicina Intensiva, 30*(9), 452-459. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17194403>. Acesso em: 06 nov 2014.

Perdicaris, A. A. M. (2009). A interdisciplinaridade no processo de comunicação na saúde. In M. T. Veit (Org.), *Transdisciplinaridade em oncologia: Caminhos para um atendimento*

integrado. ABRALE: Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (1. ed.). São Paulo: HR Gráfica e Editora.

Pereira, M. A. G. (2005). Má noticia em saúde: Um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto-Enfermagem, 14*(1), 33-37.

Rosenzweig, M. Q. (2012). Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *The Nurse Practitioner, 37*(2), 1-4.

A VIDA SEXUAL DE MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES [82]

CAROLINA LEONIDAS[83]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[84]

Resumo

Considerando-se que a arquitetura emocional das mulheres com transtornos alimentares (TA) inclui retraimento social, condutas evitativas de contato interpessoal, inibição, entre outros, o presente estudo buscou investigar como se configuram as relações afetivo-sexuais que as mulheres com TA estabelecem ao longo de sua vida. Empreendeu-se uma revisão integrativa da literatura científica nacional e internacional a respeito do tema proposto. Foram recuperados 12 artigos, que constituíram o *corpus* da pesquisa. Quanto às fontes de publicação, observa-se um predomínio total de periódicos internacionais, especialmente da América do Norte. Não foram encontrados artigos publicados em revistas científicas nacionais. Os resultados dos estudos revisados indicaram que as mulheres com anorexia nervosa possuem desinteresse em relacionamentos afetivos, dificuldade de estabelecer relações íntimas, atitude negativa frente à sexualidade, menor número de experiências com namoro do que mulheres com bulimia nervosa (BN). As mulheres com BN apresentam menarca e experiências sexuais precoces e intensas, relacionadas à impulsividade. Destaca-se a necessidade de futuras investigações acerca da temática, com o objetivo de proporcionar maiores evidências para a prática clínica.

Palavras-chave: transtornos alimentares, sexualidade, relações afetivas.

Introdução

[82] Agência de fomento: FAPESP

[83] Psicóloga; Doutoranda pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP); membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq) e do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: cleonidas@usp.br

[84] Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo; Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-US-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psicopatológicos caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar, que afetam, em sua maioria, adolescentes e jovens do sexo feminino (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Machini, & santos, 2006; Oliveira & santos, 2006). Esses quadros podem resultar em prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, que acarretam aumento da morbidade e mortalidade. A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são os dois tipos mais prevalentes de TA, e que possuem os maiores índices de mortalidade (Cabrera, 2006).

O DSM-IV-TR™ - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), caracteriza a AN como uma recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima de acordo com sua idade e altura. Envolve um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, o que resulta em caquexia, ou seja, fraqueza geral e má disposição corporal decorrente da desnutrição (Claudino & Borges, 2002). A AN pode ser dividida em dois subtipos: o *restritivo*, caracterizado pela perda substancial de peso em curto intervalo de tempo, devido a dietas, jejuns ou excesso de exercícios físicos, e o *purgativo*, no qual ocorre uma compulsão alimentar seguida de rituais compensatórios como vômitos auto-induzidos ou uso abusivo de laxantes, diuréticos ou drogas anorexígenas.

Já a BN, segundo Paccola (2006), consiste em repetições de episódios de compulsão alimentar (*binge eating*), nos quais o indivíduo ingere grandes quantidades de alimento em curto período de tempo, vivenciando uma sensação de perda de controle. São realizados exercícios físicos excessivos, dietas rigorosas, provocação de vômitos e uso abusivo de laxantes, diuréticos e anorexígenos, devido à preocupação excessiva com o peso e a forma do corpo e à busca de alívio após a ingestão de quantidade excessiva de alimento. O transtorno está associado a comportamentos impulsivos e comorbidades, tais como traços histriônicos e transtorno de personalidade do tipo *borderline* (Paccola, 2006; Borges et al., 2006), a uma auto-estima flutuante e a pensamentos e emoções desadaptativas, sendo comum encontrar indícios que apresentam atitudes caóticas, não somente no tocante aos hábitos alimentares, mas também em outros aspectos da vida, como os estudos, a vida profissional e as relações amorosas (Oliveira e Santos, 2006).

A personalidade das mulheres com AN é permeada por baixa autoestima, sentimentos de inferioridade e inadequação, insegurança, perfeccionismo e obsessividade, fatores que acarretam acentuada inibição e retraimento social (Borges et

al., 2006; Cassin & Von Ransom, 2005; Castro-Fornieles et al., 2007; Nilsson, Sundboom, & Häglöff, 2008; Peres & Santos, 2006; Shea & Pritchard, 2007). O funcionamento mental é marcado por compulsividade, emoções negativas, condutas evitativas e autopunição. Pacientes com AN se diferenciam de pacientes com BN no sentido de que as primeiras apresentam retraimento social, ausência de busca por sensações novas e evitação do contato interpessoal, ao passo que as segundas apresentam intensa impulsividade, busca exacerbada de estímulos e experiências novas, além de traços de personalidade *borderline* (Cassin & Von Ransom, 2005).

Levando-se em conta que a arquitetura emocional das mulheres jovens e adultas com TA, como já pontuado anteriormente, inclui retraimento social, condutas evitativas de contato interpessoal, impulsividade, inibição, entre outros, destaca-se como questão de pesquisa a suposição de que o quadro psicopatológico influencia o início e o desenrolar da vida afetivo-sexual das pacientes. Considerando esses argumentos, o presente estudo teve por objetivo investigar de que forma se configuram as relações afetivo-sexuais que as mulheres com esse quadro estabelecem ao longo de sua vida, e as possíveis repercussões que o TA pode exercer sobre a qualidade desses relacionamentos.

Método

Para alcançar o objetivo proposto empreendeu-se uma revisão integrativa da literatura científica nacional e internacional. Buscou-se evidenciar o número de trabalhos publicados na área e o perfil dos estudos, de modo a identificar as tendências apontadas por essas publicações, o que possibilitaria maior direcionamento das pesquisas sobre o tema.

A revisão integrativa foi eleita como método de pesquisa porque permite sumarizar estudos já finalizados acerca da temática abordada. Além disso, a revisão integrativa, quando elaborada de forma crítica, mantém os mesmos padrões de rigor, clareza e replicabilidade das pesquisas primárias (Ganong, 1987). Segundo Fernandes (2000) a revisão integrativa possibilita, ainda, a construção de uma análise criteriosa da literatura científica, contribuindo para ampliar discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como prover reflexões e apontamentos valiosos para a realização de futuras pesquisas.

Procedimento

Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, é preciso atentar para certos padrões a serem seguidos. No presente estudo considerar-se-ão os procedimentos preconizados por Ganong (1987), como o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos publicados e análise crítica dos seus resultados. A partir dos procedimentos destacados por Scorsolini-Comin e Santos (2008), na realização da presente revisão foram cumpridas as seguintes etapas: seleção da questão temática, estabelecimento dos critérios para a extração da amostra, análise e interpretação dos resultados, e apresentação da revisão.

Para a elaboração da revisão integrativa, foram selecionados os seguintes descritores, de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: transtornos da alimentação, *eating disorders*, sexualidade, *sexuality*, comportamento sexual e *sexual behavior*. Buscando abranger maior quantidade de publicações a respeito do tema em questão, optou-se por incluir também os seguintes descritores não-controlados (palavras-chave): relações afetivas, *emotional relationships*, conjugalidade e *marital relationships*. Tendo em vista que o propósito deste estudo era reunir artigos que apresentassem uma intersecção entre os temas propostos, as buscas nas bases de dados foram realizadas com os unitermos de maneira combinada, em duplas.

Após o levantamento das publicações, os resumos foram lidos e analisados segundo os critérios de inclusão/exclusão pré-estabelecidos, que serão descritos na sequência. Os trabalhos selecionados tiveram seus resumos relidos e analisados em profundidade. Em um segundo momento, os artigos na íntegra foram recuperados e analisados, constituindo o *corpus* de análise da revisão.

Bases de dados consultadas

Com vistas a assegurar uma abrangência da revisão, foram consultadas as seguintes bases de dados: MedLine, SciELO e PsycINFO. MedLine é uma base de dados internacional da área médica e biomédica, produzida pela *National Library of Medicine* (NLM) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas científicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros e que tem por objetivo a preparação,

armazenamento, disseminação e avaliação da produção científica em formato eletrônico. Por fim, PsycINFO é uma base de dados da *American Psychological Association* (APA), que abrange artigos com temas relacionados à psicologia, educação, psiquiatria e ciências sociais. Disponibiliza publicações veiculadas em periódicos internacionais e contém aproximadamente 1.500.000 registros.

Desse modo, ao considerar a especificidade do objeto de estudo, selecionou-se para o presente estudo uma base de dados internacional, que é considerada referência na literatura em saúde (MedLine), uma base de dados nacional prestigiada (SciELO) e uma base, também de âmbito internacional, que engloba publicações específicas da Psicologia e áreas afins (PsycINFO).

Critérios de inclusão e exclusão das publicações

Em relação ao período de publicação, circunscreveu-se um intervalo de 12 anos. Assim, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2012. Em relação ao idioma, restringiu-se a busca aos trabalhos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês. Os artigos repetidos, isto é, que apareceram mais de uma vez, em diferentes combinações de palavras-chave e descritores, foram computados uma única vez.

Nesta revisão foram excluídos trabalhos como teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, críticas, comentários, editoriais, anais e relatórios científicos. Essa escolha se deve ao fato de que o registro de trabalhos desse tipo não passa por rigoroso processo de avaliação por pares, nos moldes do *peer review*, procedimento que garante a qualidade do artigo e de sua apreciação científica. A fim de realçar apenas os trabalhos submetidos a um processo rigoroso de avaliação, foram selecionados exclusivamente artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases bibliográficas selecionadas.

Foram excluídos ainda: trabalhos com temáticas distantes da área da Psicologia, estudos a respeito de populações específicas (por exemplo, atletas, *bodybuilders*, bailarinas, entre outros), trabalhos que abordavam questões a respeito da sexualidade de mulheres obesas, trabalhos que incluíam questões de gênero, trabalhos que relacionavam TA e abuso sexual na infância ou adolescência, estudos de casos, validação de testes e outros instrumentos padronizados para países que não o Brasil e investigações a respeito dos efeitos de determinados medicamentos. Excluíram-se

também estudos voltados exclusivamente às questões biomédicas (neurobiologia dos TA, por exemplo) e também investigações de outras áreas do saber, que não apresentavam relação direta com a Psicologia ou com o enfoque desta investigação.

Resultados e Discussão

A busca foi iniciada pela base de dados MedLine, na qual foi encontrado um total de 331 artigos a partir dos diferentes agrupamentos de descritores e palavras-chave, sendo que 18 foram selecionados pela pertinência aos critérios de inclusão e exclusão. Destes estudos seis foram recuperados na íntegra. A seguir foi realizada a busca na base de dados SciELO, na qual não foram encontrados artigos a partir dos diferentes agrupamentos dos unitermos utilizados na pesquisa. A base de dados consultada a seguir foi o PsycINFO, no qual foram encontrados 582 artigos, sendo que apenas 13 foram selecionados e seis recuperados, devido ao grande número de dissertações, capítulos de livros, relatos de palestras, entre outros, que apareceram na busca nessa base de dados, e que foram excluídos da seleção, seguindo os critérios de exclusão preestabelecidos. Assim, foram coligidos 12 trabalhos na íntegra, que constituíram o *corpus* de análise que dá suporte à presente revisão. Esses dados podem ser melhor visualizados na Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos artigos segundo as bases de dados bibliográficos selecionadas

Base	**Total de artigos**	**%**	**Artigos selecionados**	**%**	**Artigos recuperados**	**%**
MedLine	331	36,2	18	58,1	6	50
SciELO	0	0	0	0	0	0
PsycINFO	582	63,8	13	41,9	6	50
Total	913	100	31	100	12	100

Na Tabela 2 serão apresentados os resultados do número de trabalhos selecionados e recuperados em cada base de dados, a partir das diversas combinações de descritores e palavras-chave utilizadas.

Tabela 2.

Número de referências selecionadas e recuperadas nas bases indexadoras

Descritores	**MedLine**		**SciELO**		**PsycINFO**	
	Selecion a- dos	**Recupe ra-dos**	**Selecion a- dos**	**Recuper a-dos**	**Selecion a- dos**	**Recuper a-dos**
transtornos da alimentação and sexualidade	6	1	–	–	–	–
transtornos da alimentação and comportamento sexual	8	2	–	–	–	–
eating disorders and sexuality	1	–	–	–	5	2
eating disorders and sexual behavior	1	1	–	–	4	1
transtornos da alimentação and relações afetivas	–	–	–	–	–	–
transtornos da alimentação and conjugalidade	–	–	–	–	–	–
eating disorders and emotional relationships	2	2	–	–	4	3

eating disorders and marital relationships	–	–	–	–	–	–
Total	18	6	–	–	13	6

No que diz respeito às fontes de publicação, foi localizado um artigo em cada um dos seguintes periódicos científicos: Women´s Mental Health, Psychoterapy and Psychosomatics, Journal of Adolescent Health, European Child & Adolescent Psychiatry, Psychosomatic Medicine, Journal of Clinical Psychology in Medical Settings e Journal of Health Psychology. Dois artigos foram encontrados no European Eating Disorders Review e três foram encontrados no International Journal of Eating Disorders. Observa-se um predomínio total de periódicos internacionais, especialmente da América do Norte (33,4%), mais especificamente dos Estados Unidos, e na Europa (25%), sendo um artigo da Suíça, um da Inglaterra e um da Alemanha. Os outros cinco artigos encontrados estavam indexados em periódicos *online* (European Eating Disorders Review e International Journal of Eating Disoders), que fazem parte da Wiley Online Library. Essa biblioteca *online* engloba a maior coleção multidisciplinar de fontes de pesquisa em diversas áreas, incluindo as ciências exatas, sociais, humanas e da saúde, integrando mais de quatro milhões de artigos provenientes de 1500 periódicos, 9000 livros, e centenas de trabalhos, protocolos laboratoriais e bases de dados. Ou seja, como os periódicos são *online* e não impressos, não se pode saber ao certo de qual país os periódicos são originados. Não foram encontrados artigos publicados em revistas científicas nacionais.

De acordo com a Tabela 3, o maior número de trabalhos publicados no tema investigado no presente estudo concentrou-se nos anos 2004, 2005 e 2008, o que demonstra que o tema em questão adquiriu importância maior há alguns anos, mas foi sendo abandonado na atualidade. No entanto, o número de artigos que tratam do tema da sexualidade, afetividade e conjugalidade nos TA ainda é pequeno, indicando que novas investigações nesse campo do conhecimento ainda se fazem necessárias, especialmente no contexto nacional.

Tabela 3.

Distribuição dos artigos selecionados e recuperados segundo o ano de publicação

Ano de publicação	Artigos selecionados		Artigos recuperados	
	N	%	N	%
2000	2	6,5	1	8,3
2001	2	6,5	1	8,3
2002	1	3,2	1	8,3
2003	2	6,5	1	8,3
2004	5	16,1	–	–
2005	5	16,1	3	25,0
2006	4	12,9	2	16,7
2007	1	3,2	1	8,3
2008	5	16,1	1	8,3
2009	2	6,5	1	8,3
2010	–	–	–	–
2011	1	3,2	–	–
2012	1	3,2	–	–
Total	31	100	12	100

Circunscreveu-se o levantamento aos trabalhos recuperados no período de 2000 a 2009. A grande maioria dos artigos selecionados fazia parte de periódicos de acesso controlado, ou seja, esses artigos não podiam ser acessados na íntegra nem mesmo por meio da Rede USP. Em virtude dessa dificuldade, optou-se por realizar a análise crítica apenas dos 15 artigos recuperados na íntegra, excluindo-se desse exame os resumos.

Quanto aos tipos de estudos encontrados, sete se tratavam de estudos empíricos não-experimentais descritivos (Troisi et al., 2006; Newton, Boblin, Brown, & Ciliska, 2006; Kyriacou, Eater, & Tchanturia, 2009; Kaltiala-Heino; Rimpelä, Rissanen, & Rantanen,

2001; Jones, Evans, Bamford, & Ford, 2008; Culbert & Klump, 2005; Ruuska, Kaltiala-Heino, Koivisto, & Rantanen, 2003), e quatro de estudos experimentais (Mangweth et al., 2005; Mangweth-Matzek et al., 2007; Overton, Selway, Strongman, & Houston, 2000; Ward et al., 2005). Apenas um dos estudos era de revisão assistemática da literatura (Kaplan, 2002). De modo geral, as populações investigadas abrangeram mulheres jovens e adultas com AN e/ou BN. Dois estudos investigaram adolescentes sem diagnóstico de TA, mas que apresentaram comportamentos de risco para a ocorrência do quadro, a partir de resultados em questionários (Kaltiala-Heino et al., 2001; Culbert & Klimp, 2005). O estudo de revisão, dada sua natureza não empírica, não apresentou participantes, mas apresentou alguns estudos de caso para ilustrar os temas discutidos. Nos estudos empíricos restantes, observou-se uma enorme amplitude de variação das amostras: desde 34 participantes (Jones et al., 2008) a 38517 (Kaltiala-Heino et al., 2001). O estudos que incluíram grandes amostras investigou a população normal, em geral adolescentes e estudantes universitários sem diagnóstico pré-definido de TA.

No que diz respeito aos objetivos, os trabalhos recuperados procuraram, de forma geral: relacionar a menarca precoce, a puberdade e as atividades sexuais precoces com a BN, ou comparar esses aspectos entre pacientes com TA, pacientes com outros transtornos psiquiátricos e a população saudável; explorar a qualidade de vida das pacientes após o tratamento, incluindo a questão das relações íntimas; investigar a impulsividade como fator que acentua a relação entre a alimentação disfuncional e comportamento sexual.

Os resultados dos estudos revisados indicaram, de modo geral, que as mulheres jovens e adultas com AN possuem desinteresse em relacionamentos afetivos, diminuição da libido (que é investida na alimentação e não nas atividades sexuais), dificuldade de estabelecer relações íntimas, atitude negativa frente à sexualidade, menos interesse e menor número de experiências com namoro do que adolescentes com BN (Kaplan, 2002; Ruuska et al., 2003). As mulheres com BN apresentam menarca e experiências sexuais precoces e intensas (Kaltiala-Heino et al., 2001). Já as relações sexuais de mulheres com AN, quando existentes, são sempre insatisfatórias. Essas mulheres relatam insegurança para ter relações sexuais, medo, ansiedade, incômodo apenas pelo pensamento de contato físico (decorrente da insatisfação com a imagem corporal), despreparo para desenvolver relacionamentos afetivos. No entanto, essas mulheres também relatam o desejo de possuir um relacionamento íntimo, pois acreditam que isso lhes proporcionaria

mais segurança (Jones et al., 2008); mulheres com TA vivenciam a menarca, as mudanças corporais decorrentes da puberdade e as primeiras atividades sexuais de forma muito negativa, mais do que as mulheres saudáveis (Mangweth-Matzek et al., 2007); os comportamentos compensatórios (típicos da BN) estão relacionados com a intensa atividade sexual, relação esta que é acentuada pela impulsividade; mulheres com AN e BN possuem formas diferentes de enfrentar os desafios colocados pelo desenvolvimento da sexualidade na adolescência (Ruuska et al., 2003). Ao considerar a complexidade que reveste o desenvolvimento sexual e afetivo das mulheres com TA, os estudos demonstram, de modo consistente, a necessidade de tratamento interdisciplinar.

Ao levar em conta a capacidade das mulheres de obterem prazer e de terem autonomia sexual, Kaplan (2002) esboça as fases normais do desenvolvimento sexual feminino e realça os problemas específicos que podem surgir durante cada uma dessas fases. Além disso, também são discutidos os problemas particulares de mulheres com histórico de trauma e transtornos psiquiátricos (entre eles: TA, depressão e problemas decorrentes de abuso sexual), assim como os efeitos de medicamentos psicotrópicos sobre o funcionamento sexual. Trata-se de uma revisão assistemática da literatura, ilustrada com estudos de caso. Um dos itens discutidos no presente artigo diz respeito à sexualidade nos TA. A autora propõe que mulheres com certos transtornos psiquiátricos geralmente vivenciam problemas no funcionamento sexual. Mulheres com AN, por exemplo, costumam apresentar amenorréia, são desinteressadas em relacionamentos afetivos, e apresentam diminuição da libido, que é investida na alimentação e não na atividade sexual. Essas mulheres conseguem estabelecer uma relação íntima com um parceiro apenas após a recuperação do quadro psicopatológico. A autora também pontua que pacientes com AN que sofreram abuso sexual podem apresentar dificuldades emocionais mais sérias e devem ser encorajadas a buscar tratamento psiquiátrico.

Mangweth et al. (2005) realizaram um estudo experimental a respeito dos fatores de risco para a ocorrência de TA. Os pesquisadores avaliaram uma série de comportamentos sociais e focados no corpo em mulheres com TA (n=50), mulheres com dependência de polisubstância (n=50) e mulheres sem transtornos psiquiátricos (grupo controle, n=50). As participantes com TA apresentaram problemas com a alimentação na infância, comportamento auto-agressivo, ausência de cuidados maternos e tabus familiares que diziam respeito à nudez e sexualidade. Esses problemas não foram apresentados pelas participantes do grupo controle, assim como outros comportamentos

sociais, tais como: problemas de adaptação na escola e ausência de amigos próximos. No entanto, ambos os grupos de participantes com transtornos psiquiátricos apresentaram em comum: o comportamento de roer as unhas, os laços familiares instáveis e a ocorrência de abuso físico e sexual. Os autores puderam concluir que as mulheres com TA apresentam padrões distintos de comportamentos sociais e focados no corpo, caracterizados por auto-agressão, rigidez e “negação do corpo” nas relações familiares, e ausência de intimidade.

Como parte desse mesmo trabalho, alguns anos mais tarde, Mangweth-Matzek et al. (2007) publicaram um estudo experimental cujo objetivo consistia em examinar as experiências relacionadas a menarca, puberdade e primeiras atividades sexuais de pacientes com TA, comparando-as com grupos controles de pacientes psiquiátricos e não-psiquiátricos. Foram entrevistadas as mesmas 150 mulheres do estudo citado no parágrafo anterior. Os resultados demonstraram que as mulheres com TA e as saudáveis apresentavam similaridades no que concerne à época da menarca e do início das atividades sexuais. No entanto, as mulheres com TA vivenciaram a menarca, as mudanças corporais decorrentes da puberdade e as primeiras atividades sexuais de forma significativamente mais negativa dos que as participantes dos outros grupos. Os autores concluíram que a vivência da imagem corporal em pacientes com TA, assim como outros aspectos típicos da puberdade, é negativa desde a entrada na adolescência, que geralmente precede o início do transtorno.

Um dos trabalhos encontrados nesta revisão teve como objetivo investigar o vínculo na relação mãe-filha em indivíduos com TA, partindo da hipótese de que esse vínculo é bastante frágil e pode se generalizar para as outras relações da paciente. Trata-se de um estudo experimental, realizado por Ward et al. (2000), com pacientes com TA de um serviço especializado e um grupo controle, com mulheres saudáveis. Os resultados demonstraram que os relacionamentos estabelecidos pelas participantes seguem um padrão ‘puxa-empurra’, ou seja, em um momento busca a aproximação e, em outro, o distanciamento. Acredita-se que as inseguranças vivenciadas no período da infância influenciem a formação de vínculos posteriores, já que causam um sentimento de vulnerabilidade.

Ainda tratando do tema da fragilidade dos vínculos, e buscando relacioná-lo com a ansiedade de separação e a insatisfação corporal vivenciadas pelas mulheres com TA, Troisi et al. (2006) partiram da hipótese de que a formação de vínculos frágeis, a partir de

uma maneira relacionar-se baseada em inseguranças, pode ser um dos fatores causadores da insatisfação com o corpo, o que é um fator de risco para TA. Os resultados evidenciaram que a insegurança na formação de vínculos está significativamente relacionada com a percepção negativa da imagem corporal das mulheres com AN e BN. Um estudo mais aprofundado da relação entre estas variáveis pode possibilitar maior atenção na formação de vínculos nos relacionamentos sociais e afetivos e, com isso, aprimorar o tratamento dos TA.

Outros sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres com TA foram investigados por Overton et al. (2005). Em estudo experimental, esses autores buscaram estudar a freqüência de queixas de emoções negativas (principalmente ansiedade, raiva, vergonha, e culpa) em uma população de mulheres com TA que se encontravam em seguimento em serviço especializado, em comparação com as mulheres na população geral. Além disso, procurou-se também estudar a freqüência de emoções positivas, relacionando-as com os ganhos secundários ou fatores que reforçariam a manutenção do quadro. Os achados sugeriram que mulheres com TA utilizam seus comportamentos alimentares como maneira de manipular a experiência emocional negativa e positiva, sendo que esta dinâmica psíquica seria um importante fator de manutenção do quadro.

Ainda em se tratando das emoções vivenciadas pelas pacientes com TA, Kyriacou, Easter e Tchanturia (2009) realizaram um estudo não-experimental descritivo que teve como objetivo explorar quais são as complicações emocionais e sociais associadas à AN, a partir da perspectiva dos pacientes, familiares e clínicos. A hipótese de que haveria certa dificuldade nos aspectos emocionais e pessoais nas mulheres com quadro de TA surgiu a partir de dificuldades clínicas encontradas no tratamento do transtorno, mais especificamente nos grupos de apoio. Algumas questões foram identificadas em todos os grupos realizados: "conscientização emocional e compreensão"; "intolerância emocional"; "fuga emocional"; "expressão emocional e crenças negativas"; "respostas emocionais extremas"; e "falta de empatia". A partir da detecção desses aspectos emocionais, pode-se pensar em aprimoramentos dos tratamentos de TA, no sentido de buscar formas de trabalhar com essas emoções de forma que elas sejam elaboradas e, conseqüentemente, colaborem na recuperação do quadro psicopatológico.

Um dos estudos encontrados na presente revisão comparou as experiências sexuais e afetivas de pacientes com AN e BN. Ruuska et al. (2003) realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a puberdade e a condição psicossexual de uma

amostra de adolescentes sob tratamento para TA. Foram investigadas 57 adolescentes do sexo feminino, com idades entre 14 e 21 anos, com diagnóstico de AN ou BN. Os resultados demonstraram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à época da ocorrência da menarca entre pacientes de AN e BN. As participantes com BN apresentaram menarca mais precoce do que a população saudável em geral. As atitudes frente à sexualidade eram mais negativas no grupo da AN do que no grupo da BN. As adolescentes com AN relataram menos interesse e experiências com namoro do que as adolescentes com BN. Esses resultados sugerem que as adolescentes com AN e BN possuem formas diferentes de enfrentar os desafios comuns ao desenvolvimento sexual na adolescência.

Buscando verificar possíveis relações entre a puberdade e desenvolvimento sexual avançado precoces com patologias alimentares do tipo bulímico em adolescentes, Kaltiala-Heino et al. (2001) realizaram um estudo não-experimental e descritivo com 19321 meninos e 19961 meninas com idades entre 14 e 16 anos. Os resultados da pesquisa evidenciaram que as adolescentes que apresentavam comportamentos bulímicos haviam tido menarca e experiências sexuais precoces. Dentre os meninos, o início da ejaculação na época normal estava relacionado com ausência de comportamentos bulímicos, sendo que esses comportamentos eram comuns dentre meninos que amadureceram precocemente. Os autores concluíram que o início precoce das atividades sexuais estava relacionado com comportamentos bulímicos, e que prestar atenção nos adolescentes que apresentam maturação precoce é uma forma válida de prevenir a ocorrência de BN.

No que concerne especificamente à BN e aos componentes emocionais comuns a esse TA, e partindo de dados da literatura científica que sugerem relações entre BN, intensa atividade sexual e impulsividade, Culbert e Klump (2005) realizaram um estudo não-experimental e descritivo, que teve como objetivo examinar as relações entre a alimentação disfuncional, os comportamentos sexuais e a impulsividade, assim como investigar a impulsividade como uma terceira variável nessas relações. Participaram do estudo 500 estudantes universitárias que completaram questionários de compulsão alimentar e uso de comportamentos compensatórios, impulsividade e comportamentos sexuais. Os resultados demonstraram que os comportamentos compensatórios (mas não os compulsivos) estavam significativamente correlacionados com comportamentos sexuais, e que essa relação acontece em função da impulsividade. O estudo corrobora a

literatura no que concerne ao fato da impulsividade ser um importante correlativo entre BN e intensa atividade sexual, pois esse constructo aparece como uma terceira variável que acentua a relação entre os comportamentos compensatórios e sexuais. Concluiu-se assim que os comportamentos compensatórios e a intensa atividade sexual podem representar comportamentos de risco que são influenciados pelos níveis de impulsividade.

Apenas um dos artigos encontrados na presente revisão dizia respeito aos efeitos do tratamento dos TA de forma específica. Jones et al. (2008) realizaram um trabalho não-experimental, descritivo, baseado em um enfoque qualitativo de pesquisa, que teve como objetivo explorar se houve mudanças na perspectiva da qualidade de vida de pacientes com TA (n=34) após o término de um programa de 12 semanas de terapia diária. Para isso foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, analisada por meio de categorias temáticas. Uma dessas categorias abordava a questão das relações íntimas: apenas dois participantes possuíam parceiros antes do tratamento, e eles relatavam que as relações sexuais eram bastante insatisfatórias, se resumindo geralmente a apenas uma noite. Esses participantes relatavam que não se sentiam seguros para ter relações sexuais, sentiam medo, ansiedade e um incômodo de pensar em ter contato físico com alguém, dado este que estava relacionado com a insatisfação com a imagem corporal. Além disso, esses participantes também sentiam que não estavam preparados para um relacionamento afetivo. No entanto, muitos desses participantes revelaram um desejo por relacionamentos íntimos e acreditavam que isso poderia lhes proporcionar maior segurança. No final do programa de tratamento, quatro participantes possuíam parceiros e a percepção a respeito de relacionados havia sido modificada de forma positiva. Os comentários a respeito do medo e da ansiedade persistiam, porém com menos intensidade do que antes do tratamento.

Por fim, a dificuldade das mulheres com TA em estabelecerem vínculos e relações íntimas também foi estudada por Newton et al. (2006). Esses pesquisadores realizaram um trabalho a respeito da capacidade de pacientes com AN de estabelecer relações íntimas, analisando as experiências subjetivas das participantes com esse tema. Percebeu-se que os significados atribuídos e as experiências das participantes com a questão da intimidade estavam de acordo com as concepções gerais de proximidade emocional e física, por exemplo, a necessidade de companheirismo na vida de casal com filhos. Ou seja, nesse estudo as mulheres com AN também demonstraram desejo de possuir relações íntimas, mas apresentam dificuldades nesse sentido. Esses achados dão

subsídios para pesquisas futuras e podem colaborar no desenvolvimento de intervenções de busquem fomentar a intimidade e minimizar os impedimentos a ela.

Considerações Finais

Em função do baixo número de artigos encontrados na presente revisão, evidenciou-se que não existe uma literatura consolidada acerca da sexualidade e das questões de afetividade e conjugalidade dentre as pacientes com TA, principalmente no âmbito nacional. Houve predomínio de trabalhos publicados em periódico internacionais, principalmente nos Estados Unidos e alguns países da Europa. Esses dados sugerem que pouca atenção tem sido prestada às questões emocionais envolvidas na dificuldade das mulheres com TA em estabelecer vínculos afetivos sólidos e na repercussão que essa dificuldade exerce tanto no quadro psicopatológico quanto na vida em geral dessas mulheres.

Nesse panorama destacamos a necessidade de futuras investigações acerca da temática, com o objetivo de fornecer esclarecimentos mais pormenorizados a respeito das emoções relacionadas às experiências sexuais e afetivas no contexto dos TA, já que as evidências sugerem que muitas dessas emoções exercem influência ou são influenciadas pelo quadro. Acredita-se que a ampliação do número de publicações qualificadas nessa área poderá proporcionar maiores evidências para a prática clínica, levando a uma compreensão mais abrangente por parte dos profissionais envolvidos na assistência, sem esquecer da prevenção e promoção de saúde.

Referências

Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado* (C. O. Dornelles, Trad., 4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artmed.

Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006).Transtornos alimentares: Quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 340-348.

Cabrera, C. C. (2006). Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: O tratamento farmacológico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 375-380.

Cassin, S. E., & Von Ranson, K. M. (2005).Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916.

Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V. Fuhrmann, C. et al. (2007) Self-oriented perfectionism in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(5), 562-568.

Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: Conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 7-12.

Culbert, K. M. & Klump, K. L. (2005). Impulsivity as an underlying factor in the relationship between disordered eating and sexual behavior. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(4), 361-366.

Fernandes, L. M. (2002). Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados: Uma revisão integrativa da literatura. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Ganong, L. H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, Portland, 10, 1-11.

Jones, A., Evans, M., Bamford, B., & Ford, H. (2008). Exploring quality of life for eating disordered patients. *European Eating Disorders Review*, *16*(4), 276-286.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rissanen, A., & Rantanen, P. (2001). Early puberty and early sexual activity are associated with bulimic-type eating pathology in middle adolescence. *Journal of Adolescent Health*, *28*(4), 346-352.

Kaplan, M. J. (2002). Approaching sexual issues in primary care. *Women´s Mental Health*, v. *29*(1), 113-124.

Kyriacou, O., Eater, A., & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: A qualitative study**.** *Journal of Health Psychology*, *14*(7), 843-854.

Mangweth, B., Hausmann, A., Danzl, C., Walch, T., Rupp, C. I., Biebl, W. et al. (2005). Childhood body-focused behaviors and social behaviors as risk factors of eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(4), 247-253.

Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Kemler, G., & Biebl, W. (2007). Menarche, puberty, and first sexual activities in eating-disordered patients as compared with a psychiatric and a nonpsychiatric control group. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(8), 705-710.

Newton, M., Boblin, S., Brown, B., & Ciliska, D. (2006). Understanding intimacy for women with anorexia nervosa: a phenomenological approach. *European Eating Disorders Review*, *14*(5), 43-53.

Nilsson, K., Sundbom, E., & Häglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa, restricting type. *European Eating Disorders Review*, *16*(5), 386-394.

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 353-360.

Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating disorders: The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *12*(1), 39-56.

Paccola, A. T. F. (2006). Escuta do psiquiatra: Sinais e sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 349-352.

Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A. M., & Rantanen, P. (2003). Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*(5), 214-220.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M.A. (2008). Felicidade e bem-estar subjetivo na literatura científica: Panorama histórico e perspectivas no período de 1970 a 2007. [CD ROM] In X Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Shea, M. E., & Pritchard, M. E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, *42*(8), 1527-1537.

Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C.. & Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early

separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, *68*(3), 449-453.

Ward, A., Rosalind, R., Turnbull, S., Benedittini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. International Journal of Eating Disorders, *28*(4), 370-376.

VIVÊNCIAS AFETIVO-FAMILIARES DE MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES [85]

CAROLINA LEONIDAS[86]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[87]

Resumo

Os transtornos alimentares (TA) têm adquirido crescente visibilidade nos últimos anos. Caracterizam-se por graves perturbações no comportamento alimentar. Partindo-se da hipótese de que os relacionamentos que as mulheres com TA estabelecem ao longo de sua vida tendem a ser instáveis e bastante conturbados, e que essa fragilidade dos laços afetivos pode estar relacionada com a ocorrência do transtorno, o presente estudo teve por objetivo investigar a dinâmica relacional de pacientes com TA, com ênfase nas vivências afetivo-familiares que afetam – e podem ser afetadas – pelo quadro clínico. A amostra foi composta por 12 mulheres jovens e adultas com TA, vinculadas ao GRATA, um serviço especializado do HC-FMRP-USP. Os instrumentos utilizados foram: entrevista semiestruturada, Mapa de Redes e Genograma. Os resultados indicaram que as redes sociais das participantes são restritas, havendo uma proeminência de membros da família em sua composição. Foi possível notar uma escassez de amigos e ausência de vida social, que parecem resultar em isolamento e, consequentemente, em dificuldades de dar início e de manter relacionamentos afetivos. Enfatiza-se a necessidade da problematização, por parte dos profissionais da área, da qualidade dos vínculos de mulheres acometidas por TA, buscando o aprimoramento da assistência.

Palavras-chave: transtornos alimentares, relações afetivas, redes sociais.

---

[85] Agência de fomento: FAPESP

[86] Psicóloga; Doutoranda pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP); membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq) e do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: cleonidas@usp.br

[87] Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo; Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-US-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

1. Introdução

Os transtornos alimentares (TA) são quadros psicopatológicos caracterizados por graves perturbações no comportamento alimentar, que afetam, em sua maioria, adolescentes e jovens do sexo feminino (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini & Santos, 2006; Oliveira & Santos, 2006). Esses quadros podem resultar em prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, que acarretam aumento da morbidade e mortalidade. A anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) são os dois tipos mais prevalentes de TA, e serão abordados no presente estudo.

1.1. Anorexia nervosa

De acordo com o DSM-IV-TR™ (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a AN pode ser caracterizada como uma recusa do indivíduo a manter o peso corporal na faixa normal mínima adequada à sua idade e altura, além de um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, resultando em caquexia, ou seja, em uma fraqueza geral do corpo e má disposição corporal decorrente da desnutrição (Claudino & Borges, 2002; Morgan, Vecchiatti, e Negrão, 2002). Existem, ainda segundo o DSM-IV-TR™, dois subtipos de AN: o *restritivo*, no qual a paciente perde muito peso em um curto espaço de tempo, devido a dietas, jejuns ou excesso de exercícios físicos, e o *purgativo*, que se caracteriza por períodos de restrição alimentar intensa, alternados com períodos de compulsão alimentar seguida de rituais purgativos, tais como vômitos autoinduzidos ou uso abusivo de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas.

No que concerne aos aspectos constitucionais que configuram a personalidade de pacientes com AN, vários autores citam inferioridade, inadequação e insegurança, perfeccionismo, obsessividade, compulsividade, emoções negativas, retraimento e condutas de evitação (Borges et al., 2006; Cassin & Von Ranson, 2005; Nilsson, Sundboom, & Häglöff, 2008; Peres & Santos, 2006). Cooper, Deepak, Grocutt e Bailey (2007) sugerem que a experiência de “sentir-se gorda”, vivenciada intensamente pelas pacientes com TA, parece estar relacionada a uma combinação de fatores, como angústia, sensações corporais internas e externas, sentimentos de rejeição, exclusão social, além de crenças negativas sobre si mesmas.

Segundo Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), a etiologia dos TA é multifatorial, ou seja, vários fatores interagem entre si de uma forma complexa e se conjugam na produção dos sintomas, envolvendo: vulnerabilidade genética, traços de personalidade, psicopatologia parental, experiências adversas, pressões socioculturais, entre outros. Oliveira e Santos (2006) propõem a hipótese de uma influência combinada da dinâmica familiar – confusão das fronteiras que definem os subsistemas familiares, que dificultaria a formação da própria identidade e individualidade nos membros da família –, do meio cultural e de aspectos da personalidade do indivíduo como fatores concorrentes na etiologia dos distúrbios relacionados com a distorção da imagem corporal, que predispõem ao desenvolvimento de TA.

1.2. Bulimia Nervosa

Bulimia significa, etimologicamente, “fome de boi”. Ou seja, o termo remete a um apetite ávido, ao qual o indivíduo se entrega com voracidade e edacidade. Esse apetite, no entanto, não diz respeito apenas aos alimentos em si, mas a uma gama de objetos e atividades (Brusset, 2003). Contrapondo-se à preocupação com a economia e o estabelecimento de medida típicas da cultura contemporânea, a bulimia “aparece como o espelho invertido do culto do rendimento” (p. 8) e ilustra os efeitos do consumo exagerado da lógica de mercado.

O exagero típico dos quadros de BN geralmente ocorre em forma de atos privados e solitários, e configura um ataque à cozinha, à educação e aos costumes aprendidos, subvertendo as necessidades biológicas da fome e contestando o que é aceito ética e esteticamente, assim como as normas, os usos, os aprendizados e a dimensão social da refeição (Brusset, 2003). A partir dos ataques desferidos, surgem as reprovações morais e a vergonha vivenciada pelos indivíduos acometidos por esses quadros.

Segundo o DSM-IV-TR™ (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), constituem critérios diagnósticos para a BN:

1- Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica, que são caracterizados por:

- ingestão, em período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em período e circunstâncias similares;

- sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, sentimento de incapacidade de parar de comer ou de estimar quanto está comendo);

2- Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos;

3- A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, há três meses;

4- A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso do corpo;

5- O distúrbio não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.

Do ponto de vista do funcionamento psicológico, as pacientes com BN apresentam uma série de pensamentos e emoções desadaptativas a respeito de seus hábitos alimentares e seu peso corporal (Abreu & Filho, 2004). Além disso, elas também apresentam autoestima flutuante e acreditam que o corpo bem delineado resolveria seus problemas de insegurança pessoal. Para conseguir alcançar esse corpo idealizado, as mulheres com BN realizam dietas excessivas, rituais purgativos e exercícios físicos extenuantes. Assim, atribui-se o desejo que essas mulheres possuem de emagrecer a uma desorganização pessoal, na qual a regulação e o controle da alimentação seriam uma tentativa de obter ordenação e estabilidade do estado psíquico caótico (Abreu & Filho, 2004).

Considerando o conteúdo exposto, é possível notar que as mulheres com TA apresentam dificuldades no estabelecimento e na manutenção de relacionamentos interpessoais e afetivos, uma vez que sua dinâmica psíquica engloba emoções e pensamentos disfuncionais que impede que essas mulheres possam compartilhar sua vida com o outro. Nesse sentido, acredita-se que essas dificuldades nas interações sociais e afetivas podem estar relacionadas com a predisposição, perpetuação e/ou manutenção do quadro psicopatológico. O presente estudo teve como objetivo investigar a dinâmica das relações sociais de pacientes com TA, com ênfase nas vivências afetivo-familiares que afetam – e podem ser afetadas – pelo quadro, tendo como eixo as relações de afeto mantidas com os pais e com os cônjuges.

2. Método

Foi adotado o delineamento descritivo e exploratório, com enfoque qualitativo de pesquisa.

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 12 pacientes que se encontravam em seguimento no Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA – HC-FMRP-USP) durante o período de coleta de dados. A idade média das participantes corresponde a 27,7 anos. Oito delas apresentavam diagnóstico de AN do tipo purgativo e quatro apresentavam BN. Esses dados, assim como outros aspectos antropométicos obtidos a partir de consultas aos prontuários hospitalares, podem ser melhor observados na Tabela 1. Para garantir o sigilo, os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios, escolhidos por elas próprias ao final da entrevista.

Tabela 1. *Caracterização das participantes segundo o diagnóstico, peso, altura, IMC na admissão e no momento da avaliação, e tempo de tratamento no serviço*

Participantes	Idade (anos)	Diagnóstico	Peso (kg)	Altura (m)	IMC de admissão (kg/m²)	IMC atual (kg/m²)	Tempo de tratamento no serviço (meses)
Maria	30	AN do tipo purgativo	49,1	1,64	17,8	18,3	22
Grazieli	20	BN	59,3	1,65	23,5	21,9	10

Sissi	27	BN	63,4	1,75	21,2	20,6	12
Sofia	27	AN do tipo purgativo	44,1	1,72	14,7	14,9	6
Bárbara	24	AN do tipo purgativo	56,4	1,60	21,9	21,9	1
Carolina	31	BN	101,3	1,65	36,1	37,2	84
Fernanda	40	AN do tipo purgativo	70,8	1,74	16,7	23,2	184
Amanda	22	AN do tipo purgativo	50,8	1,66	17,3	18,4	48
Juliana	30	AN do tipo purgativo	53,3	1,67	20,4	19,1	168
Marina	29	BN	60,7	1,69	20,0	21,5	60

Estrelinha	28	AN do tipo purgativo	47	1,71	15,9	15,9	1
Ana	24	AN do tipo purgativo	40,6	1,52	15,7	17,5	60

2.2. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

a) Roteiro de entrevista semi-estruturada, constituído pelos seguintes temas: dados sociodemográficos, informações acerca do TA; situação emocional da participante; a rede social e pessoal da participante (perguntas para a construção do Mapa de Redes); e rede familiar da participante (perguntas para a construção do Genograma); e desfecho da entrevista.
b) Mapa de Redes: instrumento elaborado por Sluzki (1997), que consiste em representar a rede social do indivíduo a partir de um mapa dividido em quatro quadrantes, relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho ou estudo, às relações comunitárias e às relações com instituições (no caso do presente estudo, o GRATA).
c) Genograma: estrutura de gráficos padronizada, utilizada para representar a formação interna de uma família (Wright & Leahy, 2002). Tem por objetivo levantar informações sobre os membros e as relações familiares através das gerações, permitindo detectar padrões de vínculos e tipos de fronteiras estabelecidas naquele contexto (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2008).

2.3. Procedimento

2.3.1. Coleta de dados. Foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, processo nº 2155/2010. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente, em encontro único em local reservado da instituição hospitalar. Todos os nomes mencionados pelas participantes foram anotados, assim como foi identificado o tipo de relação existente entre as participantes e os membros da rede, o que possibilitou examinar a proximidade e o tipo de vínculo estabelecido com cada indivíduo.

2.3.2. Análise dos dados. As entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra e literalmente, e o material coligido foi submetido à Análise de Conteúdo na modalidade temática (Bogdan & Biklen, 1994). Os Mapas de Redes e os Genogramas, inicialmente construídos à mão pela pesquisadora durante a coleta de dados, foram diagramados com o uso de um programa específico para a criação de elementos gráficos, denominado CorelDRAW Graphics Suíte. A análise desses instrumentos baseou-se no modelo de análise preconizado pela literatura (Orlandi, 2011; McGoldrick, Gerson, & Petry, 2008).

Os dados oriundos da análise dos instrumentos foram organizados em categorias temáticas, levando-se em conta a regularidade das respostas e os padrões convergentes de conteúdo, tanto nos relatos, quanto nas ilustrações gráficas provenientes dos Mapas de Redes e dos Genogramas.

Resultados e Discussão

Tendo como objetivo investigar a dinâmica das relações sociais de mulheres com TA, enfatizando suas experiências afetivo-familiares, a análise de dados indicou padrões bastante convergentes de funcionamento na vida familiar, marcados por conflitos, discussões e cobranças. Esses padrões, por sua vez, parecem estar relacionados com os tipos de relações afetivas e conjugais que as participantes estabelecem ao longo da vida, que também são permeados por insatisfações e brigas.

Os resultados foram divididos em cinco categorias temáticas e serão melhor abordados a seguir.

Categoria 1. Dinâmica familiar

Segundo o relato de três participantes (Sofia, Sissi e Grazieli), a dinâmica familiar antes da ocorrência do TA era marcada por relacionamentos permeados por brigas, discussões e violência física. Sofia relata que o pai fazia uso abusivo de álcool, a mãe apresentava quadro depressivo e o casal brigava constantemente. Tantas brigas parecem ter resultado em um distanciamento emocional entre os membros da família "*desde sempre*", segundo o discurso da participante. No caso de Sissi, o pai mantinha relacionamentos extraconjugais e era agressivo e violento com a esposa, chegando a ter sido preso por violência física contra a mesma, permanecendo na prisão por alguns meses. A participante relata que "*cresceu com transtorno de paternidade*", pois sempre teve muita raiva e medo do pai, o que causou um distanciamento entre os dois.

Grazieli, por sua vez, não menciona violência física, mas sim um distanciamento por parte dos pais desde a sua infância: os pais sempre trabalharam e "*não a acompanhavam*". Além disso, a participante também relata que sempre se sentiu sufocada e cobrada pelo pai, que não a deixava sair e nem dormir na casa das amigas. Grazieli menciona ainda a relação disfuncional com o irmão, com quem sempre brigou muito, uma vez que sentia que "*tudo era pra ele, do jeito dele*". Fernanda também relata que, antes da ocorrência do TA, havia um distanciamento entre os membros de sua família, uma vez que suas irmãs "*pensavam muito em si*". Entretanto, no que concerne à relação com a mãe, Fernanda relata que sempre foi bastante próxima. A participante Maria menciona que sempre teve uma relação distante com o pai, que foi caracterizado como autoritário e uma pessoa como quem era difícil se estabelecer uma relação de intimidade. Houve um período, muito anterior à instalação do TA, que Maria foi próxima da mãe, mas relata que essa relação foi se "*desgastando*" com o tempo. Bárbara foi a única participante que relatou a existência de relacionamentos "mais tranquilos" entre os familiares antes da instalação do TA.

No que concerne às relações familiares, autores como Bryant-Waugh e Lask (1995), Lane (2002) e McNamara e Loveman (1990) pontuam que as famílias de pacientes com TA geralmente apresentam desarmonia, pouco afeto e respeito entre seus membros, comunicação empobrecida, escassa habilidade para a resolução de conflitos, mães excessivamente controladoras e pais ausentes. Os relatos das participantes e a configuração dos Genogramas e dos Mapas de Redes corroboram os achados da literatura, uma vez que evidenciaram que as relações familiares eram marcadas por conflitos, brigas e sensação de incompreensão, além de ausência de empatia.

A ausência da figura paterna foi percebida nos casos de Fernanda e Carolina, que não mencionam o pai durante as entrevistas, exceto quando interrogadas a esse respeito no momento da construção do Genograma. Nos casos de seis outras participantes (Maria, Sofia, Sissi, Juliana, Estrelinha e Grazieli), nota-se a ocorrência de graves conflitos entre elas e seus pais, conflitos estes que parecem ter culminado em um distanciamento significativo, corroborando os dados trazidos pelos autores mencionados. Esse dado pode ser melhor observado no Genograma de Estrelinha (Figura 1), no qual está representada a relação vulnerável com o pai, que caracteriza uma relação onde não há conflito explícito, mas existe a possibilidade da ocorrência de conflitos em condições adversas ou em fases de transição (Wendt & Crepaldi, 2008).

Figura 1. Genograma de Estrelinha

Evidenciou-se a existência de conflitos também na relação de duas participantes (Carolina e Marina) com seus filhos. As duas mulheres mencionadas confidenciaram terem sido física e verbalmente violentas, principalmente na época em que os sintomas de TA encontravam-se mais agravados. Entretanto, atualmente, ambas relatam relações que alternam entre épocas mais conflituosas e de maior demonstração de afeto. O

discurso de Marina marca também uma relação de fusão com a filha, na qual há uma mistura de sentimentos de amor e ódio.

> É, eu xingo eles, fico brava com eles, ponho eles pra dentro, se precisar dou uns "tampa olho" neles, mas não é tão constante mais, né. *(Carolina)*

> Minha filha tem onze anos, só que sabe, ela tá do meu tamanho, o corpo dela é lindo. Lindo, lindo, lindo. Quando ela tá se trocando, tá assim de calcinha e sutiã, eu fico assim, babando. Teve época que assim, eu e ela brigávamos constantemente, até comentei com a psicóloga, ela disse: "Mas não é certo, ela é uma criança, tá se desenvolvendo agora". E ela, pra me provocar ela ficava me insultando: "Olha o meu corpo, você não tem meu corpo". *(Marina)*

Categoria 2. Família como rede social mais significativa

A análise gráfica dos Mapas de Redes evidenciou que a família configurava a rede social mais significativa das participantes, uma vez que o quadrante da Família englobava o maior número de membros. Além disso, o discurso das participantes nas entrevistas eram convergentes no que dizia respeito ao fato dos membros da família desempenharem a maior parte das funções de apoio propostas por Sluzki (1997), tais como: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, serviços e cuidados e ajuda material e financeira. Esse dado pode ser melhor visualizado a partir da ilustração gráfica do Mapa de Redes de Ana (Figura 2).

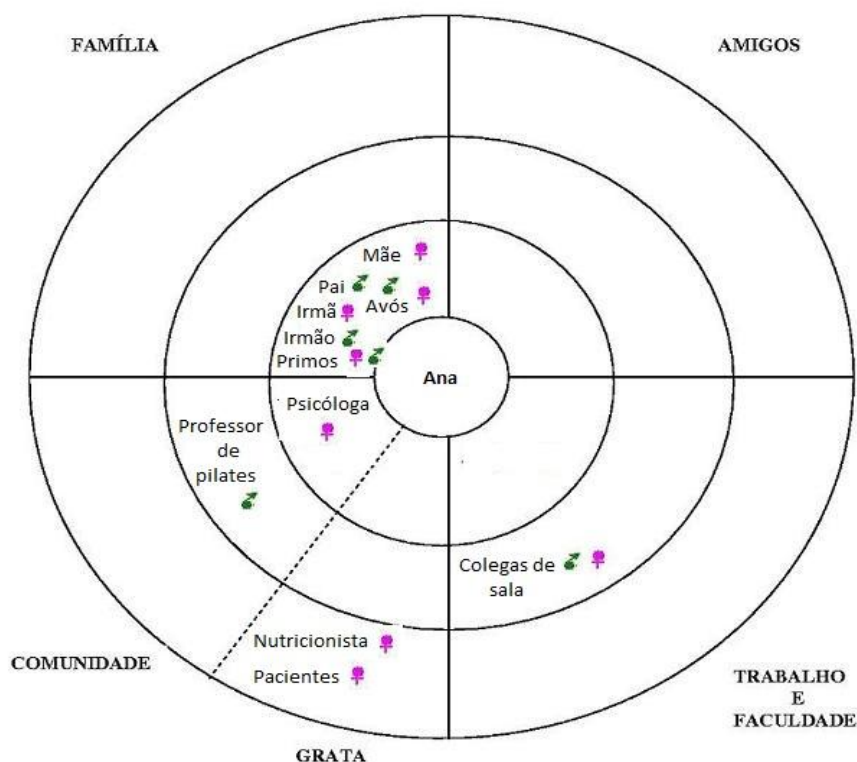



Figura 2. Mapa de Redes de Ana

A ambivalência entre conflitos e apoio social ficou bastante clara no discurso de seis participantes (Bárbara, Maria, Fernanda, Sissi, Grazieli e Sofia). Durante as entrevistas, surgiram muitos relatos de brigas e discussões familiares, assim como situações traumáticas que marcaram a vida emocional das participantes, tais como: traição do pai (Sofia e Sissi), cobrança excessiva por parte dos pais (Bárbara, Maria e Grazieli), incompreensão por parte dos irmãos (Grazieli, Fernanda), alcoolismo do pai (Sofia), entre outros.

> O meu pai sempre foi um pai muito violento, batia na minha mãe... Eu sempre vi, ele sempre foi adúltero e... Eu sempre cresci muito revoltada, eu e minhas irmãs... Aí, quando eles largaram, ele tentou matar minha mãe... E aí, foi nessa época que eu fiquei... Que aconteceram muitas coisas...

As relações com o pai e com os irmãos foram consideradas vulneráveis (Wendt & Crepaldi, 2008), uma vez que houve situações de desentendimentos e eventos

traumáticos, nos quais os membros mencionados relatavam não compreender e não aceitar o TA. Ou seja, no caso das participantes do presente estudo, os conflitos com o pai e os irmãos já ocorreram em momentos anteriores, resultando em uma relação que pode facilmente se tornar conflituosa, a partir da ocorrência de adversidades, tais como, por exemplo, uma piora do quadro psicopatológico. Apenas três participantes (Ana, Amanda e Juliana) mencionaram relação de aliança com os irmãos, que foram considerados como fontes significativas de apoio social.

Foram evidenciadas situações de triangulação presentes na dinâmica familiar de sete participantes (Sissi, Grazieli, Maria, Juliana, Estrelinha, Amanda e Ana). Os triângulos eram configurados por relações fundidas e conflituais ou de aliança entre mães e filhas, que atuavam em relação a um terceiro (McGoldrick, Gerson, & Petry, 2008), o pai. Hipotetiza-se que essas triangulações tenham como função primordial ocultar a relação emocionalmente (ou fisicamente, como no caso dos pais de Amanda) distante do casal parental, por meio da atenção e preocupação excessiva para com a filha acometida pelo TA.

No entanto, apesar dos conflitos descritos nas entrevistas, todas as participantes mencionaram a família como a principal fonte de apoio, especialmente a mãe (Carolina, Sissi, Fernanda e Grazieli), ou ambos os pais (Juliana, Maria, Sofia, Ana e Bárbara).

Categoria 3. Eventos estressores relacionados à precipitação do TA

Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) pontuam que a ocorrência de experiências adversas – que também podem ser denominadas como eventos estressores – é considerada um dos fatores que interagem entre si de uma forma complexa e precipitam o quadro de TA. Tais eventos podem englobar: comentários sobre o peso, término de relacionamento, perda de um ente querido, separação dos pais, entre outros. Nota-se que a ocorrência de eventos desse tipo aparece nos discursos de oito participantes do presente estudo (Maria, Bárbara, Grazieli, Sissi, Juliana, Marina, Estrelinha e Fernanda).

No caso de Maria, o casamento na adolescência e a separação após poucos anos de união parecem ter resultado na precipitação do TA. A participante relata que se tratou de um relacionamento bastante conturbado, pois o ex-marido "*não aceitava o jeito dela, a sua personalidade*". No entanto, a participante permanecia em silêncio quando

questionada a respeito de sua adolescência, restringindo suas respostas apenas a: *"[...] aconteceram muitas coisas, não consigo ligar exatamente a alguma coisa*". Para Bárbara, a perda de pessoas próximas – que, segundo a participante, se afastaram por "*estarem seguindo seus caminhos*", e não por motivos relacionados a ela mesma –, juntamente com os apelidos depreciativos que recebia da irmã e dos amigos da escola durante a infância e a pré-adolescência – era chamada de "*bulufas*" – exerceram influência sobre a instalação do transtorno. Além disso, a participante era apaixonada por um jovem da escola que começou a namorar uma menina, caracterizada por Bárbara como "*super magra*". A soma desses fatores, que a participante denominou como "*perdas*", foi associada ao peso e à forma corporal de Bárbara, que passou a buscar o emagrecimento como forma de provar algo às pessoas: "*Eu queria mostrar pros outros que eu podia*". Comentários a respeito do peso também foi mencionado por Juliana como um dos fatores precipitantes do TA, principalmente pelo fato desses comentários terem sido tecidos pelo pai.

Grazieli considera que sentir-se cobrada e sufocada pelo pai desde a infância parece ter gerado sentimentos de angústia e ansiedade, que a participante "*desconta*" na alimentação excessiva e busca alívio na purgação, por meio dos vômitos. No entanto, nota-se a existência de uma cobrança autodirigida por parte de Grazieli, ou seja, a própria participante se cobra muito: considera que precisa ser magra para o balé, precisa trabalhar bem na banca dos pais e não pode gastar dinheiro em função de uma dívida que os pais possuem. No caso de Grazieli, a dívida dos pais parece ter sido o evento estressor do TA, uma vez que a cobrança – tanto por parte do pai quanto de si mesma – foi intensificada.

Traição do marido (Marina) e término de um namoro longo (Estrelinha) também surgiram como eventos que levaram à ocorrência do TA. Estrelinha confidenciou uma série de conflitos relacionados ao namoro que culminaram em uma separação do casal. Essa separação, juntamente com o fato de que o namorado "*não dava atenção*" a ela, fez com que a participante se sentisse muito triste e com baixa autoestima, despertando o desejo de perder peso. Marina, por sua vez, relata que, ao saber da havia sido traída pelo marido, considerou que o emagrecimento seria uma forma de fazer com que ele se interessasse por ela novamente.

> Eu achei, assim, que eu amava ele demais, eu não queria perder ele, imaginava que pelo fato de ele ter me traído com a minha prima, e minha prima era assim, bem

magrinha, eu nunca fui gorda, sempre tive esse corpo, eu pensei assim: "Nossa ele gosta de mulher bem magra, então se eu ficar assim bem magra igual ela, ele nunca vai largar de mim, não vai me abandonar". Então foi onde eu comecei a comer e vomitar, fazer regime, daí eu comecei a tomar um monte de remédio, tomei um monte de chá, foi assim que começou tudo.

Nota-se que as dificuldades vivenciadas nas relações afetivas e conjugais configuram a maior parte do que as participantes caracterizaram como fatores precipitantes do TA. Tais relações eram bastante conflituosas e, tomando-se como base os padrões relacionais das famílias de mulheres com TA – descritos nas categorias anteriores –, pode-se pensar na existência de uma repetição da relação primordial das participantes com seus pais, que é atualizada e reatualizada permanentemente nas relações afetivas e conjugais.

Além disso, a baixa autoestima, típica de pacientes com TA (Cassin & Von Ransom, 2005; Peres & Santos, 2006), parece ter sido agravada pelos relacionamentos conflituosos, nos quais as participantes se sentiam abandonadas ou rejeitadas pelos homens em função do peso e da forma corporal. Acredita-se que o agravo à baixa autoestima e os sentimentos negativos mencionados podem intensificar os sintomas de TA.

Categoria 4. Escassez na rede social de amigos

O isolamento social foi um dado convergente no discurso de sete participantes (Bárbara, Carolina, Sofia, Juliana, Amanda, Sissi e Ana). Diz respeito ao incômodo vivenciado ao se relacionar com outras pessoas, e a consequente evitação de criar vínculos e frequentar lugares públicos. Sissi relata que essa evitação decorre da certeza de que iria vomitar no lugar em que estivesse, e por isso preferia ficar em casa. Bárbara, por sua vez, não gosta de "*tá no meio de muita gente*", pois acredita que as pessoas reparam muito nela, em sua aparência. Considera que possui "*mania de perseguição*". Carolina apresenta um discurso muito parecido com o de Bárbara, ao relatar que "*não gosta de viver no meio das pessoas, num monte de pessoas aglomeradas, prefere ficar só*". Juliana relata que havia desenvolvido "*um modo de agir, um modo de viver, um modo de ser, que mantinha as pessoas sempre longe*", pois "*tinha a autoestima muito baixa e*

não se gostava". Sofia relata que o isolamento sempre foi uma constante em sua vida, mas que foi intensificado com o advento do TA.

> [...] *mas antes eu já era mais fechada, mais isolada... Sempre fui de ficar mais em um canto, não consigo me lembrar de uma época onde eu fui de ficar em uma turminha assim, eu não lembro. Eu sempre fui de ficar mais isolada, mais no meu canto, e isso também com a comida, assim...*

No entanto, apesar de se isolarem do meio social, Sissi e Bárbara relataram um desejo de estarem integradas à rede. Ambas mencionam que se sentem muito sozinhas, e gostariam de ter mais proximidade com os amigos. Nota-se a existência de uma ambivalência, pois ao mesmo tempo em que desejam estarem inseridas na rede, se mantêm fora dela. Nesse sentido, considera-se que a baixa autoestima e o isolamento comprometem as possibilidades das participantes se relacionarem afetivamente com homens, uma vez que as redes sociais são bastante restritas, impedindo o acesso a novos contatos.

> *Ah, sabe assim... Pô, é chato, sabe? Tá todo mundo junto, assim... Você quer ficar sozinha? Você não quer ficar sozinha, sabe... Daí... Às vezes, eu até dava umas indiretas, assim... Mas eu não tenho coragem de chegar e falar* [...]. *Porque eu acho que quando você quer a companhia da pessoa, você chama, não precisa ficar a pessoa se oferecendo.* (Bárbara)

Oito participantes (Bárbara, Carolina, Marina, Amanda, Sissi, Ana, Estrelinha e Grazieli) demonstraram realizar uma distinção entre "colegas" e "amigos", definindo como colegas aquelas pessoas com quem elas convivem, mas não têm uma relação de intimidade, ou seja, não compartilham eventos e sentimentos significativos de suas vidas. Dessa forma, elas consideram que possuem muitos colegas e poucos amigos. Acredita-se que esses dados mantêm estreita relação com a dificuldade que mulheres com TA possuem para estabelecer vínculos concretos, uma vez que apresentam-se muito retraídas e com condutas de evitação (Cassin & Von Ranson, 2005; Nilsson, Sundboom, & Häglöff, 2008; Peres & Santos, 2006). A presença de membros nas redes sociais com quem as participantes mantêm apenas uma relação social (Sluzki, 1997), sem um vínculo

de intimidade, pode comprometer o potencial de apoio da rede, pois as participantes não contam com a ajuda desses membros em situações de necessidade física ou emocional.

Categoria 5. Ausência de vida social

A presente categoria diz respeito à realização de atividades de lazer com a companhia de amigos, familiares, namorado e outras pessoas com quem as participantes têm convivência dentro das redes sociais. Tais atividades podem englobar: idas a restaurantes, bares, festas, cinema e eventos sociais em geral, assim como prática de esportes e realização de atividades prazerosas.

A maioria das participantes (Bárbara, Sofia, Maria, Fernanda, Marina, Estrelinha, Ana e Grazieli) realizavam poucas atividades de lazer, sendo estas predominantemente solitárias e desenvolvidas dentro de casa: artesanato (Maria), ler, ouvir música (Fernanda e Sofia) e navegar na *internet* (Sofia).

Meu lazer é dentro de casa.

Bárbara e Grazieli relataram ir ao *shopping center* e ao cinema frequentemente, com seus respectivos namorados. No entanto, Bárbara considera muito difícil realizar atividades fora de casa, pois sempre há comida envolvida. Dessa forma, a participante relata que o namorado tinha que se esforçar muito para convencê-la a sair. Apenas três participantes (Amanda, Estrelinha e Juliana) realizavam atividades de lazer com alta frequência. Essas atividades envolviam: festas, bares, reuniões na casa de amigos, entre outros. Em contrapartida, Carolina e Sissi não realizavam atividades de lazer.

Antes da instalação do TA, Sissi costumava frequentar a academia de ginástica, fazia aulas de dança do ventre, corria e "*saía muito em balada*". No entanto, atualmente, sente-se indisposta e prefere ficar em casa sozinha. Carolina, por sua vez, relata que costumava sair com seu primeiro marido para restaurantes e festas, mas "*parou de realizar essas atividades há muitos anos*".

Para duas participantes (Juliana e Estrelinha), a realização de atividades de lazer parece ser constantemente prejudicada em função de conflitos com os respectivos namorados. Elas relatam que, quando saem com o namorado, acabam brigando por

motivos de ciúme, então preferem não sair de casa. Dessa forma, as atividades de lazer acabam sendo realizadas apenas com amigas.

Foi possível notar que as atividades de lazer das participantes do presente estudo são bastante escassas, acarretando em uma vivência social enfraquecida. Acredita-se que esse enfraquecimento da vida social pode resultar em sentimentos de não pertencimento ao meio ambiente em que as participantes vivem, uma vez que as relações com as pessoas desse meio garantem o desenvolvimento da identidade do indivíduo e sentimentos de segurança e bem estar (Sluzki, 1997).

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo investigar a dinâmica das relações sociais de mulheres com TA, enfatizando suas experiências afetivo-familiares, que podem afetar e ser afetadas pelo TA. A predominância da rede familiar, com quem as participantes mantinham vínculos naturalizados por laços de sangue antes mesmo da instalação do TA, juntamente com a escassez de amigos, colegas de trabalho e indivíduos de outras redes sociais, indicam a existência de dificuldades no estabelecimento de vínculos concretos e na manutenção de relacionamentos afetivos e conjugais duradouros, o que parece comprometer a qualidade dessas relações e desencorajar a aproximação a pessoas do meio.

As participantes que já tiveram relacionamentos afetivos e/ou conjugais relataram inúmeras situações conflituosas, permeadas por cobranças e discussões. Os relatos acerca de tais relacionamentos eram bastante similares aos relatos das participantes a respeito da dinâmica familiar, o que pode indicar um padrão transgeracional de relacionamentos afetivos. Ou seja, as relações que as participantes mantêm com seus namorados e/ou cônjuges podem ser caracterizadas como uma repetição das relações familiares disfuncionais e não-elaboradas.

Nesse sentido, considera-se necessária a problematização da qualidade dos vínculos significativos que as mulheres com TA estabelecem com os membros de suas redes sociais. Vale ressaltar a importância dos profissionais da área de incluírem os membros dessas redes na assistência, buscando melhorar as relações e explorar o potencial de apoio das redes sociais. Tal aprimoramento na assistência resultaria em

melhor qualidade de vida das pacientes, uma vez que a qualidade de vida está intimamente relacionada com a qualidade das relações sociais do indivíduo.

Referências

Abreu, N., & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *31*(4), 177-183.

Associação Americana de Psiquiatria. (2002). *DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado* (C. O. Dornelles, Trad., 4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artmed.

Bogdan, R.C., & Biklen, S.K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (M. J. Alvarez, S. B. Santos, & T. M. Batista. Trad). Porto, Portugal: Ciência da Educação.

Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006).Transtornos alimentares: Quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 340-348.

Brusset, B. (2003). Introdução Geral. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.), *A bulimia* (p. 7-13). São Paulo: Escuta.

Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (1995). Eating disorders: An overview. *Journal of Family Therapy, 17*(1), 13-30.

Cassin, S. E., & Von Ranson, K. M. (2005).Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916.

Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: Conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 7-12.

Cooper, M. J., Deepak, K., Grocutt, E., & Bailey, E. (2007). The experience of 'feeling fat' in women with anorexia nervosa, dieting and non-dieting women: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, *15*(5), 366-372.

Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: The spider mother. *Psychoanalitic Review*, *89*(1), 101-123.

McGoldrick, M., Gerson, R. & Petry, S. (2008). *Genograms: assessment and intervention*. 3ª ed. Nova York: W. W. Norton Co Inc.

McNamara, K., & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repest dieters, and nondieters .*Journal of Clinical Psychology*, *46*(3), 518-523.

Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(3), 18-23.

Nilsson, K., Sundbom, E., & Häglöf, B. (2008). A longitudinal study of perfectionism in adolescent onset anorexia nervosa, restricting type. *European Eating Disorders Review*, *16*(5), 386-394.

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 353-360.

Orlandi, R. (2011). Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade. *Tese de doutorado*. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 361-370.

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wendt, N.C., & Crepaldi, M.A. (2008). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(2), 302-310.

Wright, L., & Leahy, M. (2002). *Enfermeiras e família: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca.

CARACTERÍSTICAS DO PARCEIRO ÍNTIMO DE MULHERES COM ANOREXIA E BULIMIA: IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO

CAROLINA R. M. PADILHA[88]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[89]

Resumo

A associação entre os transtornos alimentares (TAs) e os diferentes padrões de relacionamentos tem sido explorada em uma variedade de dimensões, que vão desde o apego às figuras parentais até os relacionamentos que acontecem no contexto social ou, em um nível mais íntimo, no domínio conjugal/sexual. Hipotetiza-se que o envolvimento dos familiares pode fortalecer a motivação das pacientes para permanecerem no tratamento e se recuperarem. Acredita-se que, se houver envolvimento dos parceiros íntimos, um efeito semelhante pode ser obtido, dependendo da qualidade do relacionamento. O presente estudo teve como objetivo investigar as características do parceiro e do relacionamento afetivo/conjugal de mulheres diagnosticadas com TAs, na perspectiva de seus respectivos parceiros/cônjuges. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de corte transversal. Como referencial teórico foi utilizada a proposta de Bulik, Baucom e Kirby (2012), que preconizam tratar o TA no contexto do casal, compreendendo a sintomatologia como um problema relacional. A amostra de conveniência foi composta por quatro parceiros de mulheres acometidas pelos TAs, vinculadas a um serviço especializado de um hospital universitário. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, que investigava a história do relacionamento afetivo do casal. As entrevistas foram realizadas individualmente, em situação face a face, e audiogravadas mediante a autorização dos participantes. Após a coleta de dados, o conteúdo audiogravado foi transcrito literalmente e na íntegra. Posteriormente, os dados

[88] Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-USP-CNPq. Bolsista de Iniciação Científica USP-PIBIC-CNPq e CNPq e da FAPESP processo nº 2014/03348-0. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP. E-mail: carolina_rmp@hotmail.com

[89] Psicólogo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica. Doutor em Psicologia Clínica. Professor Associado 3 do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

foram submetidos à análise de conteúdo temática. Foi possível delinear uma grande categoria temática e as subcategorias relacionadas a ela. Foi possível delinear uma grande categoria temática e as subcategorias relacionadas a ela. A categoria: "características do parceiro íntimo, a partir da perspectiva dos próprios", foi composta pelas subcategorias: a) Ansioso e egoísta; b) Explosivo e impaciente; c) Compreensivo: "outro não aguentaria"; d) Cuidador; e) Como maridou, sou um pai; e) Não demonstra afeto. (CNPq e FAPESP)

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Relações afetivas; Relações familiares; Relação conjugal; Esposos.

Introdução

O modelo multifatorial tem sido o mais aceito como possível explicação para a etiologia dos transtornos alimentares (TAs), que inclui a contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (Oliveira & Santos, 2006). Há uma maior predisposição em pessoas do sexo feminino, com histórias de TAs na família, baixa autoestima, perfeccionismo e dificuldade em expressar emoções. Os pacientes, no geral, localizam o início do transtorno após o término de um relacionamento, perdas familiares e comentários sobre seu peso (Borges et al., 2006).

Além disso, também há a ideia de que uma relação conflituosa entre mãe e filha seria um possível desencadeador do aparecimento dos TAs, o que incrementa o sentimento de culpa normalmente observado nas mães (Souza, Moura, & Nascimento, 2007). Muitos estudos têm focado nessa hipótese.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as famílias têm sido cada vez mais solicitadas pelos sistemas de saúde para desempenharem o papel de prestadora de cuidados, uma vez que elas dão o suporte social que as pessoas buscam, permitindo que se sintam amadas, cuidadas, valorizadas e contidas em suas ansiedades (Espíndola & Blay, 2009). Segundo Jaeger, Seminotti e Falceto (2011), a família é quem se apropria do cuidado da pessoa acometida pelo transtorno, conseguindo manejar melhor as situações que o envolvem. É a partir desse momento que o paciente pode também se ajudar e consegue controlar seus sintomas e apresentar melhora em seu quadro clínico.

A noção de que a família é peça-chave no tratamento iniciou-se na década de 1970, com os primeiros pesquisadores dessa temática, que propuseram o modelo das "famílias psicossomáticas", no qual algumas características da dinâmica familiar de pessoas

psiquicamente doentes estariam diretamente relacionadas ao aparecimento de psicopatologias, entre elas os TA (Souza, Moura, & Nascimento, 2007). Portanto, o contexto familiar influencia e é influenciado pelo transtorno e o processo de tratamento deve levar em conta esse contexto para ser efetivo (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004). Por outro lado, há evidências de que essas famílias tendem a almejar uma imagem de família ideal, harmoniosa e equilibrada perante o outro e a sociedade (Oliveira, 2004).

Estudo de caso realizado por Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) investigou a transmissão psíquica transgeracional em uma família composta pela avó, mãe e filha (diagnosticada com AN) e a repercussão desse fenômeno no curso do TA. Os principais achados confirmam que conflitos psíquicos que se mantiveram sem resolução ou elaboração foram transmitidos durante as gerações, resultando em relacionamentos familiares permeados por segredos, fantasias e vida afetiva e emocional empobrecidas, o que acarreta impacto no desencadeamento e/ou manutenção dos sintomas de TAs. Os autores concluíram que o papel exercício pela família é de grande relevância. Os profissionais de saúde devem estimular sua participação no tratamento do TA, uma vez que desempenha papel central no processo de desenvolvimento das pessoas acometidas pelo transtorno por meio da participação conjunta nas estratégias terapêuticas e pela reelaboração conjunta de antigos conflitos.

A ligação entre os TAs e as diferenciadas formas de relacionamentos têm sido explorada em uma variedade de dimensões, que vão desde o apego às figuras parentais até os relacionamentos dentro do contexto social ou, em um nível mais íntimo, no domínio conjugal. Assim como o envolvimento da família pode aumentar a motivação dos pacientes para permanecerem no tratamento e se recuperarem, acredita-se que, se houver envolvimento dos parceiros íntimos no tratamento, um efeito semelhante poderá ser obtido (Bulik, Baucom & Kirby, 2012), dependendo da qualidade do relacionamento. No presente estudo será focalizado apenas o relacionamento afetivo das pacientes.

Uma relação íntima tem sido definida como um relacionamento interpessoal particularmente estreito, que envolve tanto intimidade física como emocional (Miller & Perlman, 2008). Estudo de revisão sistemática da literatura verificou que, nos últimos 20 anos, foi produzido um número considerável de pesquisas que almejaram verificar a relação entre os TAs e os relacionamentos afetivos (Arcelus, Yates, & Whiteley, 2012). Nesse contexto, a terapia de casal é uma opção altamente relevante no tratamento, visto que as dificuldades conjugais/íntimas estão associadas aos TAs e podem contribuir para

sua manutenção. Entretanto, a terapia de casal raramente tem sido utilizada como parte integrante do tratamento de pessoas com TAs, evidenciando-se, inclusive, falta de familiaridade por parte dos especialistas da área com essa modalidade de psicoterapia. Mesmo quando são especializados em terapia de casal, os profissionais que atuam com os TAs não se sentem qualificados para o atendimento dessa demanda (Arcelus et al., 2012).

Estudo exploratório teve por objetivo investigar a perspectiva de 10 casais (ambos os parceiros) sobre seus casamentos, a partir de entrevistas sobre aspectos da relação conjugal e a maneira de lidar com o transtorno da esposa. Em todos os casos, o TA havia aparecido após o início do relacionamento. Os resultados apontaram que ambos os parceiros concordaram que o TA interferiu na qualidade da relação conjugal. Em contraste, a causa do problema geralmente era vista como algo totalmente separado da relação marital – por exemplo, a insatisfação da mulher com seu peso ou aparência física ou os conflitos preexistentes entre ela e seus pais. Em apenas dois casos a mulher, mas não o marido, mencionou problemas conjugais como possível desencadeador do problema. Dessa forma, a maioria dos maridos e das próprias mulheres era mais consciente da influência que o TA exercia sobre o vínculo conjugal, mas não da influência inversa, que também é uma hipótese a ser considerada (Van den Broucke & Vandereycken, 1988).

Segundo Maxwell et al. (2011), é grande o impacto dos TAs nos parceiros das pessoas acometidas, visto que estas tornam-se dependentes e necessitam de apoio contínuo. Assim, os parceiros passam a conviver com diversas emoções desencadeadas pela situação: raiva, tristeza, vergonha, ansiedade, depressão e culpa. Estudo qualitativo realizado por Huke e Slade (2006) buscou explorar a experiência de parceiros que conviviam com parceiras diagnosticadas com BN. A amostra foi composta por oito homens que responderam a um roteiro de entrevista semiestruturada sobre como foi a descoberta do transtorno e como tinha sido até então, desde o relacionamento até a percepção das esposas. No geral, foram relatadas dificuldades de convivência, como a manutenção do segredo em relação aos sintomas, o esforço para compreensão do transtorno, especulação de possíveis causas, sentimentos de impotência, solidão e culpa, assim como as tensões que são criadas dentro do próprio relacionamento.

Guiados pela constatação de que intervenções com base na família são eficazes para o tratamento de AN em adolescentes, Bulik, Baucom e Kirby (2012) desenvolveram uma estratégia de intervenção para adultos diagnosticados com AN e que estavam em

um relacionamento afetivo. Essa estratégia tem como foco o casal e, portanto, engloba tanto o paciente como seu parceiro durante o processo de tratamento. Acredita-se que o estudo das relações íntimas contribuiria para que se alcançasse uma teoria mais geral sobre as diversas facetas dos relacionamentos dentro dos TAs, assim como seus significados variados, visto que muitos estão dispostos a apoiar e ajudar o parceiro acometido pelo transtorno, porém não têm ideia de como fazê-lo. Nessa direção, o *Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa* (UCAN) tem por objetivo auxiliar o casal no desenvolvimento de um plano claro de como envolver o parceiro de forma significativa no tratamento do TA.

Nessa vertente, a questão que motivou o presente estudo é: Qual é a percepção dos parceiros/cônjuges em relação ao relacionamento afetivo estabelecido com mulheres acometidas por TA. Este estudo teve por objetivo investigar o relacionamento afetivo e/ou conjugal de mulheres diagnosticadas com TAs, na perspectiva de seus respectivos parceiros/cônjuges.

Método

Tipo de estudo

Descritivo e exploratório, no enfoque qualitativo.

Participantes

Seis parceiros afetivos, casados com mulheres acometidas pelo TA, vinculados a um serviço especializado para tratamento situado em um hospital universitário do interior paulista. Os nomes próprios utilizados neste estudo são fictícios.

Instrumentos

1- Formulário de Dados Sociodemográficos

2- Roteiro de entrevista semiestruturada, que investigava a história do relacionamento afetivo do casal.

Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas individualmente, em situação face a face, e audiogravadas mediante a autorização dos participantes. Após a coleta de dados, o conteúdo audiogravado foi transcrito literalmente e na íntegra.

Análise dos dados

Os relatos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977). Como referencial teórico foi utilizada a proposta de Bulik, Baucom e

Kirby (2012), que preconizam tratar o TA no contexto do casal, compreendendo a sintomatologia como um problema relacional.

Cuidados éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP (CAAE nº 16758913.3.0000.5407).

Resultados

Foi possível delinear uma grande categoria temática e as subcategorias relacionadas a ela. A categoria: "características do parceiro íntimo, a partir da perspectiva dos próprios", foi composta pelas subcategorias:

- Ansioso e egoísta (esta subcategoria emergiu nas falas de Gabriel)
- Explosivo e impaciente (esta subcategoria emergiu nas falas de Paulo)
- Compreensivo: "Outro não aguentaria" (esta subcategoria emergiu nas falas de Matheus, José e Paulo)
- Cuidador (esta subcategoria emergiu nas falas de Matheus)
- Como marido, sou um pai (esta subcategoria emergiu nas falas de José e Paulo)
- Não demonstra afeto (esta subcategoria emergiu nas falas de Matheus, Gabriel, José e Paulo)

Sobre as **características do parceiro** a partir de sua própria visão, Matheus se definiu como compreensivo, calmo e bom para Camila. Em sua opinião, estar com ela há tanto tempo, apesar das dificuldades com o TA, é sinônimo de sua estima:

> *Ah... eu acho que eu sou bom pra ela, viu? Compreensivo, e calmo, né? Porque se eu não tivesse compreensão das coisas, do que ela passa também, eu não estaria com ela nesses 12 anos, bem dizer. Porque... pra quem vive com esse problema, é ruim, quem vive, a pessoa que tem.* (Matheus, 29 anos)

Quando questionado sobre quais são esses "problemas", Matheus afirmou que é tanto a depressão da esposa como o TA. Ele também se considera um bom marido por realizar as tarefas domésticas que, em sua opinião, seriam obrigação da esposa. Apesar de se mostrar compreensivo, já havia citado como essa situação o desagrada, sendo um dos motivos da separação do casal no ano anterior, quando ocorreu um episódio de relacionamento extraconjugal:

> *Então, sempre ajudei ela, entendi ela, ficava doente... eu trabalhava o dia inteiro, chegava em casa e fazia o serviço de casa, fazia comida, entendeu? E ela, às*

vezes ela falava: "Ah, você deve me achar uma má esposa." Falei: "Não, ué, você não tá boa pra fazer, eu compreendo, eu pego e faço, ué, eu posso fazer, tô bem", entendeu? Um dia pode ser eu, que não estiver bem também e você fazer a mesma coisa. Assim, mas eu não sou de brigar, quando ela vem pra brigar eu saio fora... só... eu sou calmo, entendeu? (Matheus, 29 anos).

Outra característica que Matheus atribuiu como sendo própria à sua personalidade na relação é a de cuidador (e não parceiro), pelas seguintes ações:

Dedicando à casa, saúde dela que também ela não liga, entendeu? Ela deixa de... é... muito assim desorganizada em termos de tomar o remédio na hora certa, entendeu? Porque tem os remédios que ela tem que tomar às 10 horas da noite, ela fica... ela dorme durante o dia, aí ela vai dormir lá para as três, quatro horas da manhã, na hora que ela vai deitar que ela toma o remédio. Aí ela atrapalha meu sono, entendeu? Então tem que ficar falando pra ela, falar: "Ó, toma o seu remédio", ela fala: "Ai, não vou tomar agora, porque não tô com sono", entendeu? Eu que fico pegando no pé dela nessa parte aí. (Matheus, 29 anos)

Uma característica atribuída por Gabriel a si mesmo como parceiro, e que ficou evidente pelo discurso evasivo do participante em questões de cunho afetivo e até pelo não entendimento delas, foi a dificuldade de ser afetuoso, embora diga que Bárbara cobre isso dele:

É, assim, eu acho que eu sou um pouco meio... não tão carinhoso, assim... como deveria ser, sabe? Mas assim... um abraço, um cheiro, tudo... mas assim... tem hora que... assim... algumas palavras que a gente fala, tá de saco cheio, muitas vezes... é... não é tão carinhoso como deveria ser, sabe? Acho que minha nota, se fosse pra dar uma nota, como parceiro, acho que ainda tô nos 60%, tem 40% pra ser atingido ainda, sabe? Porque... não sou, né, perfeito, tenho minhas limitações, tem as coisas que eu preciso melhorar, como esposo, elogiar, essas coisas todas, ser mais carinhoso, é... ser mais compreensivo, ser mais paciente, tá? (Gabriel, 29 anos)

Quando questionado sobre ser mais parceiro ou mais cuidador de Bárbara, Gabriel responde que um pouco de cada, mas que se vê mais como parceiro. Ele deixa claro que não fica vigiando Bárbara sobre aspectos do TA e, apesar da dificuldade apresentada por ele de compreender o transtorno, ele deixa claro que não tem intenção "de dar uma de paizão":

Apesar de José dizer que se define mais como parceiro de Paula, embora tenha um pouco de cuidador, ficou evidente que as funções que ele desempenha no relacionamento são claramente paternas. Como marido, ele é um pai:

> *Eu acho que justamente a questão do amadurecimento, acho que justamente isso, porque ela ainda tá na... naquela fase como se fosse uma criança que ela precisa de ter alguém pra cuidar dela, sabe? E... e... algumas vezes é... muitas vezes eu falei isso quando a gente estava namorando, falei: "Paula, não é nem um namorado que você tá procurando mais, nem um marido, você tá procurando um pai, né? Você quer alguém que cuida de tão..." de algumas vezes que ela se torna tão dependente, né, de mim, embora ela tenha o pai dela, tenha a mãe, mas ela é extremamente dependente também do pai e da mãe, né, mas é o jeito dela (...) Como que eu sou como marido? ...eu sou aquele que... tento tá presente na vida dela, quando ela precisa de carinho, quando ela precisa de apoio, quando ela precisa até de, de orientação, de um norte, quando ela precisa de alguém também pra... pra... quase que pegar na mão, pra saber o que que é o certo, o que que é o errado, é... e aquele... que tenta... sei lá! É... ensinar... das coisas que ela necessita, em... em... em todos os sentidos né? Desde o afetivo, do emotivo, até... é... do material... eu tento... é, é... satisfazer... dentro do que eu posso, né?* (José, 45 anos)

José, apesar de dizer que é carinhoso, assim como Paula, afirma que é mais fechado como seu pai, não demonstrando muito afeto:

> *Olha, eu gosto muito da Paula... é... talvez até... eu não sou... talvez eu tenha herdado do meu pai, eu não sou aquele... que é a pessoa de tá demonstrando... demais... carinho, amor, etc., não sou daquelas pessoas que ficam direto: "Eu te amo, eu te amo, eu te amo", eu não sou assim, talvez tenha herdado isso do meu pai, mas...* (José, 45 anos)

Paulo se define, na relação com Joana, mais como marido do que como cuidador, entretanto, pelo seu relato, percebe-se que ele atua como se fosse pai de Joana, na medida em que cobra muito e é extremamente exigente:

> *Ás vezes cobro demais, eu reconheço isso... procuro cobrar muito, mas ao mesmo tempo, eu procuro cobrar frisando, assim, de mostrar pra ela evolução, o dia a dia, entendeu? E ás vezes, pra ela, isso é muito duro, chega até a falar isso... como esposo, talvez eu deveria ser, assim, mais... mais esposo. Mas eu acredito que*

outras partes... fui pra ela... não só esposo, mas pai, entendeu? Mãe, irmão, amigo, companheiro... (Paulo, 44 anos)

Apesar de não afirmar que não é amoroso com a esposa, Paulo afirma que "deveria ser mais esposo", o que, para ele, significa dar mais carinho, afeto e compreensão, o que confirma sua dificuldade em demonstrar esses sentimentos para Joana.

Conclusões

O fato de permanecerem há tanto tempo junto às esposas, apesar das dificuldades impostas pelo TA, é visto, pelos parceiros, como prova de sua estima e compreensão, já que acreditam que outros homens não suportariam permanecer na mesma situação, caso não existisse afeto verdadeiro. Distinguindo-se dos demais participantes, Gabriel (29 anos), não se considera cuidador da esposa, pois não a vigia com relação ao uso de medicamentos e alimentação. Além do mais, não tem intenção de "dar uma de paizão", controlando-a. Já Matheus (29 anos) liga do serviço diariamente para a esposa, para insistir na sua alimentação e lembrá-la dos medicamentos, portanto, considera-se um cuidador. Pelos discursos de José e Paulo (respectivamente, 45 e 44 anos) pode-se perceber que esses parceiros percebem-se desempenhando funções paternas na relação com a parceira. Todos os participantes relataram não serem afetuosos como maridos e terem dificuldades nesse aspecto, apesar de as esposas exigirem e cobrarem afeto e atenção constantemente. A investigação da perspectiva pela qual os parceiros íntimos compreendem o relacionamento afetivo estabelecido com as mulheres pode favorecer o aperfeiçoamento de estratégias e o desenvolvimento de novas práticas de assistência a serem oferecidas pelos profissionais de saúde no cenário dos TAs.

O sofrimento dos parceiros íntimos com o tratamento e no relacionamento afetivo é evidente, reforçado pelo papel de cuidador que eles têm assumido. A literatura sobre a temática ainda é incipiente, evidenciando a necessidade de mais e melhores investigações que corroborem ou refutem esses achados. A vivência é única e singular de cada casal e tomar conhecimento das dificuldades e das características dos parceiros de mulheres com TA na relação favorecem o aperfeiçoamento de estratégias e o desenvolvimento de novas práticas de assistência a serem oferecidas pelos profissionais de saúde na área dos TAs, possibilitando uma intervenção mais complexa e contextualizada quanto às necessidades dos parceiros íntimos, considerados um ótimo recurso no processo, de acordo com Bulik, Baucom e Kirby (2012).

Referências

Arcelus, J., Yates, A., Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(2), 147-161.

Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatistico de transtornos mentais: texto revisado* (C. O. Dornelles, Trad., 4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artmed.

Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Dos Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 340-348.

Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating Anorexia Nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26*(*1*), 19-33.

Côté, M., Bégin, C., Aimé, A., & Ratté, C. (2011) Approfondissement du lien entre les enjeux onjugaux et la sévérité des symptômes alimentaires. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 16*(1), 12-26.

Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, *43(4)*, 707-716.

Giacomozzi, A. (2011). “Juntas chegaremos à perfeição”: representações sociais da anorexia no Orkut. *Interação em Psicologia, 14*(*2*), 221-232.

Huke, K., & Slade, P. (2006). An Exploratory Investigation of the Experiences of Partners Living With People Who Have Bulimia Nervosa. European Eating Disorders Review, 14(6), 436-447.

Jaeger, M. A. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*., *33*(*1*), 20-27.

Miller, R. & Perlman, D. (2008). Intimate relationships. 5th ed. Boston, USA: McGraw Hill.

Oliveira, L. L. (2004). *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 353-360.

Schembri & Evans (2008). Adverse relationship processes: the attempts of women with bulimia nervosa symptoms o fit the perceived ideal of intimate partners. *European Eating Disorders Review,* 16(1), 59-66.

Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., & Nascimento, P. C. B. D. (2007). A voz da família no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista FAFIBE Online*, *3*. Disponível em http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/laura_a_voz_da_familia_no_tratamento_da_anorexia.pdf. Acesso em 29 de março de 2013.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 16*(*1*), 71-88.

Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (1988). Anorexia and bulimia nervosa in married patients: a review. *Comprehensive Psychiatry*, *29*(*2*), 165-l73.

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE OS VÍNCULOS ENTRE MULHERES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES E SEUS MARIDOS/PARCEIROS

CAROLINA R. M. PADILHA[90]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[91]

Resumo

Transtornos alimentares (TAs) são perturbações complexas do comportamento alimentar. Considerando-se que o envolvimento familiar pode atuar como fonte de motivação para as pacientes com TAs aderirem ao tratamento, o âmbito das relações afetivas com parceiros íntimos poderia ter um efeito semelhante, dependendo da qualidade do relacionamento. Partindo dessa hipótese, este estudo de revisão teve por objetivo investigar as diversas facetas dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres acometidas por TAs com seus parceiros (namorados, maridos). Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e documental. Um levantamento bibliográfico foi realizado a partir das seguintes bases de dados: MedLine, LILACS, PsycINFO e CINAHL. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 18 artigos, que constituíram o *corpus* do estudo, sendo todos provenientes de fontes internacionais. Para a sistematização dos dados, os artigos selecionados foram organizados em ordem numérica crescente, por ano de publicação. Após leituras exaustivas dos artigos, as informações selecionadas foram submetidas à análise de conteúdo e organizadas de acordo com os temas abordados. Em seguida, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (porcentagem e distribuição de frequências). Os resultados mostraram que a base MedLine foi a que se mostrou mais promissora em relação ao número total de publicações capturadas. As publicações selecionadas após o ano de 2000 foram em maior número (66,7%), o que sugere aumento do interesse pelo tema. Os resultados evidenciaram que a maioria dos artigos tinha delineamento transversal, quantitativo e utilizaram grupos de comparação. De modo geral, foram evidenciadas dificuldades enfrentadas tanto pelo parceiro como

[90] Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-USP-CNPq. Bolsista de Iniciação Científica USP-PIBIC-CNPq. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP. E-mail: carolina_rmp@hotmail.com

[91] Psicólogo. Livre-docente em Psicoterapia Psicanalítica. Doutor em Psicologia Clínica. Professor Associado 3 do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B da FAPESP processo nº 2014/03348-0. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

pela parceira acometida. Constatou-se impacto negativo dos TAs no relacionamento afetivo, assim como da qualidade da relação afetiva sobre a sintomatologia. (CNPq e FAPESP)

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Relações afetivas; Revisão da literatura; Relação conjugal; Esposos.

Introdução

Transtornos alimentares (TAs) são perturbações complexas do comportamento alimentar, que se subdividem em: Anorexia Nervosa (AN), caracterizada pela perda de peso resultante de dieta extremamente restritiva e distorção da imagem corporal, e Bulimia Nervosa (BN), que compreende episódios de compulsão alimentar em curto período de tempo, seguidos de manobras purgativas. Considerando-se que o envolvimento familiar pode atuar como fonte de motivação para as pacientes com TAs aderirem ao tratamento, o âmbito das relações afetivas com parceiros íntimos poderia ter um efeito semelhante, dependendo da qualidade do relacionamento. Partindo dessa hipótese, este estudo de revisão teve por objetivo investigar as diversas facetas dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres acometidas por TAs com seus parceiros (namorados, maridos).

Para tal, será abordado o conceito de relacionamento. O modelo multifatorial tem sido o mais aceito como possível explicação para a etiologia dos transtornos alimentares (TAs), que inclui a contribuição de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares (Borges et al., 2006). A noção de que a família é peça-chave no tratamento iniciou-se na década de 1970, com os primeiros pesquisadores dessa temática, que propuseram o modelo das "famílias psicossomáticas", no qual algumas características da dinâmica familiar de pessoas psiquicamente doentes estariam diretamente relacionadas ao aparecimento de psicopatologias, entre elas os TA (Souza, Moura, & Nascimento, 2007). Portanto, o contexto familiar influencia e é influenciado pelo transtorno e o processo de tratamento deve levar em conta esse contexto para ser efetivo (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004).

A ligação entre os TAs e as diferenciadas formas de relacionamentos têm sido explorada em uma variedade de dimensões, que vão desde o apego às figuras parentais até os relacionamentos dentro do contexto social ou, em um nível mais íntimo, no domínio conjugal. Assim como o envolvimento da família pode aumentar a motivação dos pacientes para permanecer no tratamento e se recuperar, acredita-se que, se houver

envolvimento dos parceiros íntimos, um efeito semelhante poderá ser obtido (Bulik, Baucom & Kirby, 2012). Uma relação íntima tem sido definida como um relacionamento interpessoal particularmente estreito, que envolve tanto intimidade física como emocional (Miller & Perlman, 2008). De acordo com Van den Broucke e Vandereycken (1988), pessoas casadas acometidas por TA dividem-se em dois grupos: TA pré casamento e TA pós casamento. No primeiro caso, a relação está repleta de aspectos neuróticos de ambos os lados, fazendo com que, no início, essa relação seja sustentada. Entretanto, no decorrer do tempo, pode acarretar em sentimento de fracasso e insatisfação marital.

Quando o distúrbio se dá após o casamento, conflitos desenvolvimentais adolescentes mal resolvidos, geralmente envolvendo problemas de separação e individuação com os pais, são deslocados para o contexto marital, levando à fatores que impedem a expressão de seus reais sentimentos para atingir uma intimidade genuína. Nesse contexto, a terapia de casal é uma opção altamente relevante no tratamento, visto que as dificuldades conjugais/íntimas estão associadas aos TAs e podem contribuir para sua manutenção. Entretanto, a terapia de casal raramente tem sido utilizada como parte integrante do tratamento de pessoas com TAs, evidenciando-se falta de familiaridade por parte dos especialistas da área com essa modalidade de psicoterapia (Arcelus, Yates, & Whiteley, 2012).

Ao examinar os estudos dedicados ao campo dos TAs, constata-se que existem poucos estudos acerca da relação íntima entre mulheres com transtornos alimentares e seus respectivos parceiros. O estudo das relações íntimas faria com que uma teoria mais geral sobre as diversas facetas dos relacionamentos dentro dos TAs fosse alcançada, assim como seus significados variados, visto que muitos estão dispostos a ajudar a parceira acometida pelo transtorno mas não tem ideia de como fazê-lo (Bulik, Baucom, & Kirby, 2012).

O objetivo deste estudo foi sintetizar a produção científica nacional e internacional sobre as diversas facetas dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres acometidas por TAs com seus parceiros íntimos.

Método

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e documental, que não se utilizou do critério temporal dos últimos dez anos, visto que havia poucos estudos com foco nos relacionamentos afetivo/sexual de mulheres acometidas por transtornos alimentares e seus respectivos parceiros/maridos.

O estudo de revisão foi orientado pela seguinte questão norteadora: *O que vem sendo publicado, na literatura nacional e internacional, a respeito dos parceiros íntimos de mulheres diagnosticadas com TA e seus respectivos relacionamentos?*

A coleta de dados incluiu periódicos indexados nas bases de dados bibliográficas MedLine, LILACS, PsycINFO e CINAHL. Esses periódicos são de caráter multidisciplinar e contribuíram de forma significativa com a complexidade do saber na área de interface de mulheres acometidas pelos transtornos alimentares e seus parceiros íntimos.

Para alcançar o objetivo proposto, foram seguidos os seguintes passos metodológicos, preconizados por Mendes, Silveira e Galvão (2008) para a realização de um revisão integrativa de literatura: a) identificação do tema e questão norteadora; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; c) definição e categorização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (identificação dos autores, delineamento do estudo, ano de publicação, estratégia metodológica, amostra, idioma, periódicos, objetivos e resultados); d) avaliação, interpretação e síntese dos estudos, na qual uma análise crítica e descritiva das principais contribuições e lacunas na literatura serão apontadas.

A revisão integrativa foi escolhida porque é um recurso metodológico que tem por finalidade sintetizar os resultados das pesquisas sobre determinado tema, de forma ordenada e sistemática, contribuindo para um conhecimento mais profundo da questão investigada. Possibilita, dessa forma, a síntese do assunto e aponta lacunas que necessitam ser preenchidas por meio da realização de novos estudos. (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2013. Foram pesquisados os artigos indexados com as seguintes palavras-chave: eating disorders", "sexual partners", "marriage", “boyfriends”, “husbands”, “conjugal”, “spouses”, “couple”, “anorexia nervosa”, “bulimia”, “marital relations”, “partners” e “romantic relationships”. Estes descritores foram escolhidos de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde e Terminologia Psi. A busca foi realizada por meio do sistema SIBI da Universidade de São Paulo, uma rede de serviços que inclui um catálogo *on line* que permite acesso às bases de dados e periódicos indexados, na integra, publicados nas revistas que foram disponibilizadas.

Na pesquisa bibliográfica foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) artigos redigidos em na língua inglesa, portuguesa, espanhola ou francesa; b) artigos que abordavam o tema de mulheres com TA, parceiros íntimos e seus respectivos

relacionamentos; c) com resultados empíricos; d) que disponibilizavam o resumo nas bases de dados; e) que tratavam do tema segundo a perspectiva da mulher, do marido ou de ambos.

O critério de inclusão relativo aos últimos dez anos não foi utilizado devido à parca literatura relativa ao tema proposto no estudo. Os critérios de exclusão foram: a) apresentação sob o formato de dissertação, tese, capítulo de livro, livro, manual, editorial, resenha, comentário ou crítica; b) estudos de revisão de literatura; c) homens com transtornos alimentares e seus respectivos relacionamentos; d) artigos não disponíveis na íntegra pelo sistema SIBINet-USP.

Após a leitura dos resumos, recuperou-se os artigos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Esses artigos, na íntegra, constituíram o corpus do estudo. Após leitura integral, iniciou-se a extração dos dados de interesse, compilados em tabelas, para a revisão, de forma a seguir os passos propostos pela literatura.

Assim, foi possível a sistematização dos dados, organizados em ordem numérica crescente por ano de publicação. Após várias e sucessivas leituras, os dados encontrados nas publicações foram submetidos à análise de conteúdo. Essa análise ocorreu em três etapas: a) pré-análise; b) descrição analítica, com categorização dos dados por similaridade de conteúdo; c) tratamento dos resultados obtidos (Minayo, 2006). Os dados foram organizados de acordo com seus conteúdos temáticos e analisados por meio de estatística descritiva (porcentagem e distribuição de frequências).

Resultados e Discussão

A amostra final foi composta por artigos indexados nas quatro bases de dados escolhidas e que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão delimitados para o processo de busca bibliográfica. Dos 68 estudos listados, e excluindo-se aqueles que se repetiam nas bases, apenas 18 satisfizeram todos os critérios e foram selecionados como constituintes do *corpus* deste estudo. Do total de artigos encontrados com as combinações de palavras-chave podem ser observadas diferenças de eficácia dependendo da base de dados pesquisada. As combinações mais promissoras para esse estudo, na base MedLine, foram "*eating disorders*" combinada com "*marriage*" e "*eating disorders*" combinada com "*marital*". Já as menos promissoras foram "*eating disorders*" combinada com "*husbands*" ou "*boyfriends*". Na base PsycINFO, as combinações mais eficientes foram "*eating disorders*" com "*marital*" e "*eating disorder*" com "*couple*". Na CINAHL, a combinação mais promissora também foi "*eating disorders*" com "*marital*"

seguida da combinação "*eating disorders*" com "*marriage*". Assim sendo, percebe-se que a MedLine foi a que mostrou-se mais promissora com relação ao número total de publicações encontradas, seguida da PsycINFO e da CINAHL, respectivamente. Não foram encontradas publicações na base de dados LILACS, mesmo quando utilizados os descritores em português. Uma hipótese para esse resultado pode ser o fato de ser uma base da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, evidenciando a ausência de foco, por parte da literatura nacional e latino-americana, para o tema em questão. Também não foram encontrados estudos de origem espanhola, embora fizesse parte do critério de inclusão.

No que concerne ao ano de publicação, verifica-se que não há um ano específico no qual tenha ocorrido grande número de publicações concentradas, estando de forma espalhada do ano de 1984 até o ano de 2011, sendo a maioria dos anos caracterizada por apenas uma publicação. Entretanto, os anos de 2005, 2006, 2010 e 2011 mostraram-se os mais promissores – dois artigos em cada ano - totalizando, juntos, 44,4% dos artigos selecionados. As publicações selecionadas após o ano de 2000 também foram em maior número (66,7% das publicações) em comparação com as anteriores ao ano de 2000 (33,3% das publicações). Não foram selecionadas publicações dos anos 2001, 2004, 2007, 2009 ou 2012.

Quanto ao idioma no qual os artigos foram publicados, verificou-se que 94,4% foram redigidos na língua inglesa, nenhum na língua espanhola e portuguesa e 5,6% redigidos na língua francesa. Vale ressaltar que nas bases de dados MedLine e PsycINFO a maioria dos periódicos indexados publicam, preferencialmente, no idioma inglês. O acesso ao artigo redigido em francês foi possibilitado por meio de seu resumo em inglês.] Os artigos que compõem a amostra foram publicados em seis revistas científicas distintas, sendo que o periódico ***International Journal*** of ***Eating Disorders*** concentrou o maior número de publicações selecionadas para o presente estudo - seis artigos no total (33,3%). É notável que o periódico científico em questão refere-se estritamente à área de estudos dos transtornos alimentares, justificando a concentração da maior parte dos artigos selecionados.

O periódico *European* ***Eating Disorders Review*** **também concentrou um número significativo de artigos selecionados para a revisão – cinco artigos (27,7%) - já que também é especializada na temática dos transtornos alimentares. Além desses, houve ainda um terceiro periódico, especializado em pesquisas referentes à psicossomática, onde os transtornos alimentares**

também se enquadram, chamado *Journal of Psychosomatic Research;* abrangeu quatro dos artigos selecionados (22,2%). Os outros periódicos encontrados foram *Revue Francophone de clinique comportamentale et cognitive*, *Colonial Academic Alliance Ungergraduate Research Journal* e *The British Journal of Psychiatry,* não sendo diretamente especializados nos TAs, embora sejam da área da saúde e, portanto, foram os que concentraram o menor número de artigos – apenas um artigo cada (16,6% juntos). Em resumo, as áreas de foco dos primeiros três periódicos (50%) são os transtornos alimentares e as áreas dos outros (50%) são multidisciplinares. O caráter multidisciplinar também pode ser observado nos autores dos artigos, já que foram desenvolvidos por profissionais de diferentes áreas da saúde (61,1% psicólogos, 22,2% médicos e 16,7% enfermeiros).

Quanto ao país de origem do primeiro autor de cada artigo, 22,2% eram dos Estados Unidos, 22,2% do Canadá, 16,6% da Inglaterra, 16,6% da Austrália, 11,1% da Bélgica e 5,5% Itália. Assim sendo, percebe-se que a maioria era dos Estados Unidos e Canadá e apenas um artigo era da Itália, evidenciando que a língua de publicação (maioria inglesa) não necessariamente condiz com o país de origem dos autores. Há artigos que são de mesma autoria; Van den Broucke e Vandereycken publicaram dois artigos distintos assim como Newton, Boblin, Brown e Ciliska, e Evans e Wertheim. Dessa forma, considera-se que além das poucas publicações com relação ao tema pesquisado (parceiros íntimos e mulheres com TAs), alguns autores focaram seus estudos em pontos diferentes do mesmo tema, evidenciando o número escasso de estudos.

Dois temas principais apareceram no estudo em questão. O foco principal dos estudos selecionado recaiu sobre a intimidade, satisfação conjugal, funcionamento conjugal e a experiência nos relacionamentos, totalizando 72,2% da amostra de artigos selecionados para o presente estudo. No geral, esses autores enfatizaram aspectos da experiência e funcionamento dos relacionamentos de mulheres com TAs; mulheres com TAs tendem a evitar relacionamentos íntimos, possuem dificuldades interpessoais, costumam mencionar insatisfação conjugal e estão em relacionamentos considerados de má qualidade. Um estudo apontou que ambos – parceiro e parceira – estavam insatisfeitos com aspectos da relação marital, mas a qualidade afetiva da relação foi dada como mais negativa pelos maridos, visto que eles superestimam seus sentimentos negativos com relação à parceira e elas negam os aspectos relacionais do TA. Não foi encontrada relação de poder no relacionamento e não houve incongruências na percepção do parceiro; o real e o ideal (Van den Broucke & Vandereycken, 1989). Quanto

maiores os problemas com a alimentação, maiores as dificuldades com os relacionamentos íntimos e a insatisfação conjugal (Evans & Wertheim, 1998). Intimidade para as pacientes com TAs incluíam proximidade emocional e física e companheirismo, de forma que pudessem compartilhar o TA e ser aceitas e compreendidas; forma de ligação com o parceiro. Entretanto, a intimidade desejada estava longe da real (Newton, Boblin, Brown, & Ciliska, 2006). Esse tema tem íntima relação com todos os temas abaixo e, dessa forma, poderão ser explicados melhor dentro dos outros temas.

O segundo tema (61,1 % da amostra) que mais apareceu foi com relação às dificuldades enfrentadas pelas mulheres como efeito dos TAs. Elas têm autoestima baixa, tem medo do julgamento, de serem abandonadas e não compreendidas pelo parceiro, caracterizando sintomas de insegurança. Além do mais, são ansiosas e, em alguns casos, tem vergonha de compartilhar o transtorno alimentar. Todas essas características fazem com que problemas interpessoais e depressão estejam intimamente relacionados (Landrau & Short, 2010). De acordo com Schembri e Evans (2008), as mulheres com TAs apresentam uma concepção deficiente de si mesmas e dependem dos outros para manter sua autoestima, além de se esforçarem para realizar as expectativas dos parceiros, pelo medo da rejeição.

O presente estudo investigou as diversas facetas dos relacionamentos afetivo-sexuais de mulheres acometidas por TAs e seus respectivos parceiros/maridos, sob a perspectiva de ambos.

Referências

Arcelus, J., Yates, A., Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, *27*(2), 147-161.

Associação Americana de Psiquiatria (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado* (C. O. Dornelles, Trad., 4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artmed.

Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Dos Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, *39*(3), 340-348.

Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating Anorexia Nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 26*(*1*), 19-33.

Bussolotti, D., Fernández-Aranda, F., Solano, R., Jiménez-Murcia, S., Turón, V., &Vallejo, J. (2002). Marital status and eating disorders: An analysis of its relevance. Journal of Psychosomatic Research, 53(6), 1139-45.

Côté, M., Bégin, C., Aimé, A., & Ratté, C. (2011) Approfondissement du lien entre les enjeux onjugaux et la sévérité des symptômes alimentaires. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 16(1), 12-26.

Dally, P. (1984). Anorexia tardive-late onset marital anorexia nervosa. Journal of Psychosomatic Research, 28(5), 423-428.

Evans, L. & Wertheim, E. H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. Journal of Psychosomatic Research, 44(3), 355-365.

Evans, L., & Wertheim, E. H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. European Eating Disorders Review, 13(4), 285-293.

Gorin, A. A., Grange, D., & Stone, A. A. (2003). Effectiveness of Spouse Involvement in Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. International Journal of Eating Disorders, 33(4), 421-33.

Huke, K., & Slade, P. (2006). An Exploratory Investigation of the Experiences of Partners Living With People Who Have Bulimia Nervosa. European Eating Disorders Review, 14(6), 436-447.

Lacey, J. H. (1992). Homogamy: The Relationships and sexual partners of normal-weight bulimic women. The British Journal of Psychiatry, 16, 638-642.

Landrau & Short (2010). The role of relationship attachment styles in disordered eating behaviors. Colonial Academic Alliance Undergraduate Research Journal, 11(1).

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2013). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, *17*(*4*), 758-764.

Miller, R. & Perlman, D. (2008). *Intimate relationships*. 5th ed. Boston, USA: McGraw Hill.

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

Newton, M., Boblin, S., Brown, B., & Ciliska, D. (2005). An engagement–distancing Flux': Bringing a Voice to Experiences with Romantic Relationships for Women with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 13*(*5*), 317-29.

Newton, M., Boblin, S., Brown, B., & Ciliska, D. (2006). Understanding Intimacy for Women with Anorexia Nervosa: A Phenomenological Approach. *European Eating Disorders Review, 14*(*1*), 43-53.

Pinheiro, A. P., Raney, T, J., Thornton L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Kaye, W. H., Bulik, C. M. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 43(2), 123-129.

Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo, 1*(*1*), 46-51.

Schembri & Evans (2008). Adverse relationship processes: the attempts of women with bulimia nervosa symptoms to fit the perceived ideal of intimate partners. *European Eating Disorders Review, 16*(1), 59-66.

Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., & Nascimento, P. C. B. D. (2007). A voz da família no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista FAFIBE Online*, *3*. Disponível em http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/laura_a_voz_da_familia_no_tratamento_da_anorexia.pdf. Acesso em 29 de março de 2013.

Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (1988). Anorexia and Bulimia Nervosa in Married Patients: A Review. Comprehensive Psychiatry, 29(2), 165-173.

Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (1989). The marital relationship of patients with an eating disorder: a questionnaire study. International Journal of Eating Disorders, 8, 541-556.

Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital Communication in Eating Disorder Patients: A Controlled Observational Study. International Journal of Eating Disorders, 17(1), 1-21.

Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H., & Bulik, C. M. (2011). Marital functioning and binge eating disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders, 45*(*3*), 385-389.

Wiederman, M. W., & Pryor, T. (1997). A comparison of ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 395-401.

Woodside, D. B., Lackstrom, J. B., & Shekter-Wolfson, L. (2000). Marriage in eating disorders Comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. *Journal of Psychosomatic Research, 49*(*3*), 165-168.

IMPACTO DA CONJUGALIDADE DOS AVÓS E DOS PAIS SOBRE A ORGANIZAÇÃO AFETIVO-SEXUAL DA GERAÇÃO SEGUINTE: POSSÍVEIS RELAÇÕES COM A ANOREXIA NERVOSA [92]

ÉLIDE DEZOTI VALDANHA

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) constituem quadros psicopatológicos de etiologia multifatorial, sendo um dos mais prevalentes a anorexia nervosa (AN). Estudos mostram que as relações familiares podem atuar como agentes mediadores no surgimento e manutenção da AN, especialmente a configuração vincular mãe-filha. O presente estudo teve como objetivo investigar como a conjugalidade da avó materna e da mãe pode influenciar a terceira geração (a neta, diagnosticada com AN), tentando traçar paralelos entre o desenvolvimento psicoafetivo/psicossexual e a ocorrência do TA. Foram entrevistadas três mulheres da família Azevedo (todos os nomes são fictícios): Mabel (jovem com AN), Alba (mãe) e Carmosina (avó). Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e analisados a partir do referencial teórico da psicanálise. Foi possível identificar conteúdos psíquicos que não puderam ser elaborados e que, posteriormente, converteram-se em legados que foram transmitidos para as gerações seguintes. As relações amorosas parecem se repetir nas gerações, bem como as vivências em relação ao próprio corpo. Sentimentos de inibição e vergonha em relação à sexualidade, que foram transmitidos da avó para a mãe e desta para sua filha, parecem bloquear o desenvolvimento afetivo em todas as gerações. O tratamento do TA, incluindo também a família, tem também como função tornar consciente os processos psíquicos latentes, permitindo que a família se reorganize emocionalmente e, assim, possa elaborar os conteúdos latentes transmitidos. Espera-se que a equipe multiprofissional tenha preparo para auxiliar a família nesse processo os familiares a desenvolverem recursos para lidarem com os aspectos afetivos e corporais da sexualidade.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; transtornos da alimentação; desenvolvimento afetivo-sexual; relação entre gerações.

1. Introdução

[92] Apoio CAPES

De acordo com o DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), a anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar (TA) que se caracteriza por uma recusa do indivíduo a manter o peso corporal na faixa normal mínima de acordo com sua idade e altura, além de temor intenso de ganhar peso e presença de grave distorção da imagem corporal, que resulta em caquexia (fraqueza geral do corpo) e má disposição corporal decorrente da desnutrição (Claudino & Borges, 2002). Estudos consideram a anorexia nervosa (AN) o transtorno psiquiátrico com maior taxa de mortalidade (Birmingham Su, Hlynsky, Goldner, & Gao, 2005).

São considerados fatores desencadeadores e mantenedores da AN: o meio sociocultural, a dinâmica familiar e aspectos da personalidade do indivíduo, o que caracteriza esse problema como um transtorno mental de etiopatogenia multifatorial (Oliveira & Santos, 2006). De acordo com os mesmos autores, com relação à dinâmica familiar da pessoa com AN, é constatado um padrão generalizado de ausência de limites (ou fronteiras individuais bem definidas) nessas famílias, o que leva à perda do sentido de identidade e individualidade dos membros.

Uma terapeuta familiar dissidente do paradigma psicanalítico, Mara Selvini-Palazzoli, estudou famílias que tinham um membro acometido pelo TA. A autora percebeu muitas características semelhantes entre as alianças intergeracionais (Souza, 2006). Para Selvini-Palazzoli (1974), a AN seria uma resposta da filha aos conflitos existentes no relacionamento conjugal dos pais. O sintoma seria uma resposta aos padrões disfuncionais de interação que vigoram nessas famílias.

Os lares são considerados disfuncionais, com mães controladoras e pais ausentes, com recorrentes casos de traumas envolvendo a família. Os sintomas do transtorno teriam a função psíquica de manter imaturo o indivíduo, como uma criança pequena que rejeita os marcos que delimitam o final da infância e a transição para a adolescência. Esses marcos evolutivos – como a menstruação, o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e outras transformações corporais e psicológicas, comprovariam o desenvolvimento e a maturidade sexual, assim como a emergência da feminilidade e as inevitáveis mudanças da imagem corporal (Lane, 2002).

A mulher com AN apresenta dificuldade de enfrentar e incorporar positivamente as mudanças corporais e psicológicas que se iniciam na adolescência. Na tentativa de deter o processo de crescimento e diferenciação em relação ao corpo materno, busca refugiar-se em um corpo esquálido, emagrecido, que expressa dramaticamente sua impossibilidade de aceder à fase adulta (Gaspar, 2005).

Como as bases da personalidade se estruturam no início da vida, estudos apontam que a origem da problemática remonta às etapas precoces do desenvolvimento psicoafetivo (De Felice, 2006; Miranda 2007), o que não raro direciona a atenção dos pesquisadores para a constituição do vínculo materno, e nesse sentido, também para a constituição da relação com o casal parental.

2. Marco Teórico

O referencial teórico-conceitual que fundamenta o presente estudo é a psicanálise, mais especificamente a teoria da transmissão psíquica transgeracional. Essa teoria delineia um campo de forças psíquicas inconscientes, que é resultado do trabalho reiterado de sucessivas gerações. Eiguer (1985) apresenta uma nova concepção sobre o grupo familiar, na qual os psiquismos individuais se encontram e, juntos, formam um coletivo. Cada família tem seu padrão de funcionamento particular e único e é entendida como um espaço simbólico, no qual fluem as representações que dão contorno às angústias, medos, fantasmas e fantasias inconscientes de cada membro do grupo (Figueiras et al., 2007).

De acordo com Käes (2001), o “transgeracional” é o que foi transmitido sem ser devidamente simbolizado, o que impossibilita sua reelaboração posterior, tanto pela família, quanto no plano individual. A proibição de conhecer algo importante da vida familiar origina diferentes configurações familiares, de acordo com o investimento mobilizado (Magalhães & Féres-Carneiro, 2004).

Segundo Soifer (1980) não há um paciente “sintomático”, mas sim um funcionamento psicodinâmico que acontece e envolve toda a família. A pessoa que adoece é aquela que denuncia o conflito familiar a ser desvendado e elaborado por todo o grupo familiar. Segundo essa concepção, o filho repete a história não simbolizada da figura parental com quem se identifica, em uma tentativa de elaborar o que não pôde ser elaborado pelas gerações anteriores.

3. Objetivo

O presente estudo teve como objetivo investigar como a conjugalidade da avó materna e da mãe podem influenciar a terceira geração (a neta, diagnosticada com AN), tentando traçar paralelos entre o desenvolvimento psicoafetivo/psicossexual e a ocorrência do TA.

4. Método

O princípio metodológico que fundamentou a elaboração deste estudo foi o estudo de caso. De acordo com Yin (2005), o estudo de caso pode ser utilizado para descrever uma intervenção e o contexto da vida real em que os fatos ocorrem. No presente estudo selecionou-se como caso a ser investigado a linhagem materna da família de uma paciente com AN.

Para coleta de dados foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas três mulheres da família Azevedo. Todos os nomes próprios utilizados neste estudo são fictícios, com o objetivo de preservar a identidade das participantes. A filha Mabel, 25 anos, tem diagnóstico de AN; sua mãe, Alba, 51 anos, e sua avó materna, Carmosina, 87 anos.

Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo temática, segundo o referencial teórico da psicanálise, em especial a teorização sobre a transmissão psíquica transgeracional. Focaremos neste estudo os aspectos relacionados ao desenvolvimento afetivo-sexual das mulheres entrevistadas. Os dados foram analisados

5. Resultados e Discussão

5. 1 A avó

Dona Carmosina tem 87 anos, é mãe de Alba (51 anos) e avó de Mabel (25 anos). A participante refere ter poucas lembranças de sua infância e adolescência. Relata a lembrança de uma mãe muito brava e de um pai amoroso, em suas palavras: *um coitado.* Ela e todos os irmãos foram criados na fazenda em que a família trabalhava, e auxiliavam os pais nas tarefas diárias na casa e na lavoura.

Na juventude, gostava de frequentar os bailes da cidade, sempre com dificuldade de conseguir a permissão de sua mãe. Relata ter tido um bom relacionamento com os pais, porém traz poucas recordações do mesmo durante a entrevista. Delineia em seu relato a imagem de uma mãe forte e autoritária, e do pai como um homem frágil e obediente às ordens da mãe.

Sobre a vivência de seu próprio corpo, a participante conta que tem boa saúde, exceto por um problema de hipertensão arterial que ela tenta controlar quando necessário. Relata que nunca teve desejo de emagrecer, pois sempre se considerou muito magra, *bem magrinha.*

Em relação ao desenvolvimento afetivo-sexual e relações amorosas, conta que conheceu seu marido assistindo a uma partida de futebol amador, na qual ele jogava. Namoraram por dois anos e viveram 38 anos juntos, quando ele faleceu. Viveu um *namoro sério*, que ela pontua como diferente da licenciosidade dos relacionamentos atuais. Fala de um bom casamento, com paciência, *controle* e aparentemente sem conflitos no relacionamento conjugal.

Dona Carmosina conta que sentia muita vergonha ao contar para o marido que estava grávida, atribuindo essa vivência ao fato de “ser caipira”. O corpo feminino parecia estar envolto em segredos e mistérios, não desvendados ou experimentados genuinamente por ela, o que tornava difícil qualquer comunicação que envolvesse a dimensão corporal. Relata que, ao contar para o marido que estava grávida, ele respondia alertando-a para que ela tomasse cuidado, de maneira a “não beber nada para por o filho para fora”, com medo de que o bebê viesse a falecer. Inclusive no contato comigo, notei que dona Carmosina falou de forma ligeira e breve sobre aspectos relacionados à gravidez, parecendo evitar o aprofundamento no tema.

Em relação à AN da neta Mabel, ela conta que tem conhecimento de que a mesma faz tratamento, porém não sabe dizer para qual doença. O corpo (erótico, biológico, campo de sensações) parece constituir um tabu para dona Carmosina, circunscrito em mistérios insondáveis, pudor e segredos. Não é possível conversar sobre as funções do corpo, nem sobre doenças que ficam “marcadas” no mesmo.

5. 2 A mãe

Alba tem 51 anos e Mabel é sua filha caçula. Identifica entre as principais dificuldades de sua vida a convivência com o TA de Mabel e o recente casamento da mesma, que lhe traz muitas preocupações.

Em relação às lembranças da infância conta que seu pai sempre foi um homem rígido, porém carinhoso. Sentia-se muito cuidada por ele, atribuindo tal experiência ao fato de serem nove irmãos e apenas ela e uma outra mulher. As mulheres foram eleitas pelo pai como as que seriam mais *paparicadas*, enquanto que a mãe sempre se mostrou mais severa na educação da prole.

Alba e sua irmã aprenderam ainda muito jovens os cuidados que se devem ter para manter uma casa em ordem. Esses cuidados foram ensinados pela mãe, que lhes transmitiu sua experiência prematura de cuidar do lar e exigiu que as mesmas tivessem uma postura idêntica. A participante fala de sua mãe como uma mulher exigente em relação às responsabilidades delegadas às filhas, porém ausente no contato afetivo e íntimo. Não havia espaço para conversas em relação ao corpo feminino, que permanecia permeado por mistérios. Não havia diálogo e orientação em relação às mudanças próprias do desenvolvimento físico e emocional (menstruação, namoros, sexualidade, gravidez, parto).

O corpo feminino parece envolver o principal *não*-dito da família. É vivido como um tabu, cercado por segredos e pudores que bloqueiam a possibilidade de conversação. Para Onnis, Gianuzzi e Romano (2007), o segredo é considerado patológico quando bloqueia o

desenvolvimento do grupo familiar. Na família Azevedo, vivenciar o corpo com prazer não é uma experiência permitida, o que torna ilegítimas as conversas que abordam o tema. Alba fala de situações de sofrimento para compreender qual corpo é o que lhe pertence, um corpo com funções eróticas e com capacidade de gerar uma nova vida. Ela se percebe como herdeira desse distanciamento afetivo da mãe, já que sente que a relação com seus filhos, em muitos momentos, foi marcada pela ausência e distanciamento afetivo.

Sobre as vivências de seu próprio corpo, ela diz que sente desejo de colocar próteses mamárias, para diminuir o desconforto que sente por ter mamas pequenas. Em sua juventude, quando teve seus filhos, conta que teve desejo de perder peso: não fazia dieta, mas *controlava* a alimentação. Usava roupas e outros métodos que disfarçavam o peso extra que adquirira.

Em relação ao desenvolvimento afetivo-sexual, relata que conheceu seu marido em uma danceteria. Vivenciaram um período de namoro percebido por ela como muito curto (um ano) e sério, com horários de saída e chegada rigorosamente controlados pelo pai. Casaram-se no religioso, cercados de boatos de que Alba estaria grávida, devido à precocidade do casamento. O primeiro ano de casamento foi qualificado por ela como o mais difícil. Sente que perdeu a atenção do pai, ao sair de casa, em favor de sua irmã, que nesse sentido teria sido beneficiada.

As principais crises do casamento foram financeiras e em relação à criação dos filhos. Sente que o marido foi ausente, porém um bom pai, mas com poucas possibilidades de dialogar com ela e com os filhos. O diagnóstico de TA de Mabel na adolescência evidenciou a existência de muitos conflitos no núcleo familiar.

Quando aconteceu a descoberta da gravidez de Mabel, Alba e seu marido estavam vivendo um período turbulento de crise financeira e no relacionamento conjugal, que desencadeava muitas brigas. O marido acreditava que Alba engravidara propositalmente e o casal vivenciou um período de intensos problemas emocionais. Mabel nasceu antes do tempo (no oitavo mês de gestação), pois apresentava sintomas de taquicardia ainda no útero.

Com um mês de idade, Mabel apresentou, de acordo com o relato da mãe, sintomas de uma “adolescência precoce” (sic), como penugem e corrimento. Foi necessária coleta de sangue e de outros exames. Nesse momento, o marido de Alba expressou sentimento de culpa por não ter desejado a gravidez, temendo ter transmitido tais emoções negativas à filha e que a rejeição possa ter gerado tais disfunções corporais. A partir desse episódio, o casal, principalmente Alba, parece ter se reestruturado para que nada mais faltasse para Mabel, que passou a receber atenção especial e a ser mais cuidada e mimada do que os outros filhos.

Mabel casou-se com seu namorado, após curto período de namoro. Alba vivencia tal relacionamento como uma traição, já que sente que perdeu seu domínio “absolutista” no que concerne aos cuidados da caçula. Percebe o genro como uma pessoa muito diferente de sua filha. Tenta oferecer-lhe conselhos sobre o casamento, sem se dar conta de que repudia, na filha, tudo o que ela sente que faltou em seu próprio casamento, que também aconteceu após um curto período de namoro. Mabel teve um problema no útero, que Alba associa com a falta de menstruação. Ela conta que não sabe se a filha poderá ter filhos. Parece haver receio de que a filha possa não exercer a maternidade, havendo assim uma interrupção na cadeia geracional.

5.3 A filha

Mabel teve o primeiro episódio de AN aos 14 anos. Devido à gravidade dos sintomas, ficou internada por sete meses em um hospital de São Paulo, período em que foi acompanhada pela mãe. Atualmente, ela trabalha na área em que se graduou. Recentemente, casou-se após curto período de namoro. Conta-me muito brevemente de sua constituição familiar e de seus relacionamentos dentro desse grupo. A ausência de contato físico e afetivo fica bem marcada por ela.

Mabel claramente associa sua adolescência ao TA, como se fosse impossível separá-los. Conta que perdeu os laços com pessoas queridas nessa época, devido à mudança de cidade, e que não soube lidar com tais acontecimentos. Para Eiguer (1985), algumas famílias vivenciam todo tipo de separação com intensa dor, sem evidências de capacidades de elaboração de lutos. A cada dificuldade (crise) parece predominar apenas ideias dominantes de fracasso, pessimismo e temor em relação a um futuro projetado como insatisfatório. Na família de Mabel, são muitos os relatos de perdas e dos bloqueios gerados por tais acontecimentos, que parecem frear o desenvolvimento do processo de individuação, comprometendo a dinâmica do ciclo de vida familiar.

Sobre o início dos sintomas de AN, Mabel conta que havia “uma pessoa” de quem gostava, da vizinhança, mas que cortou o relacionamento com ela sem maiores explicações. Depois de alguns dias, ele apareceu com uma garota muito magra, em sua opinião. Mabel diz ter associado o rompimento ao fato de se sentir gorda, acreditando que o rapaz rompeu com ela por seu possível sobrepeso. A partir desse episódio iniciou dietas para emagrecer. Interessante ainda lembrar que o início dos sintomas aconteceu no início da adolescência, quando têm início as principais mudanças corporais decorrentes da puberdade.

A relação mãe-filha mostra-se muito marcada por sentimentos ambivalentes: desejo de fundir-se à mãe, contrastando com o desejo de separar-se sem sofrimento. Mãe e filha parecem eternamente ligadas por laços intensos de amor e ódio, que não podem ser vividos de maneira espontânea devido ao seu potencial perturbador e à fragilidade das defesas. Essa dinâmica acarreta prejuízos ao seu desenvolvimento emocional, dificultando a construção de esquemas próprios de independência e autonomia.

Sobre o desenvolvimento afetivo-sexual, conta que seu namoro foi muito curto (menos de 10 meses), vivenciado após o rompimento de um namoro de quatro anos – e que se casou rapidamente, assim como seus pais o fizeram. A mãe, Alba, ressente-se da situação, mostrando-se magoada com a rapidez do desenrolar do relacionamento. Agora é o marido de Mabel quem fica com a carga de "sentir-se sufocado" pelos cuidados extremos, embora à distância, por parte da mãe. A participante conta que seu primeiro mês de casamento foi de *tristeza*, já que a mãe sentia o seu enlace conjugal como uma *traição*. Mabel relata que foi tudo muito rápido. Percebe que assustou os pais, já que antes dependia extremamente deles, como um bebezinho, que não pode sobreviver sem cuidados; e então deu-lhes a notícia abruptamente, mas sem titubear, de que se casaria em breve.

Sobre as vivências do corpo, a participante mantém o foco de seu relato na alimentação. Não aborda outros aspectos, relacionados, por exemplo, à sexualidade ou o relacionamento afetivo com o marido. O desenvolvimento afetivo-sexual parece estar seriamente bloqueado. Como sugere Lane (2002), há a busca por um corpo infantil, não condizente com o corpo de mulher que se desenvolve ao longo da adolescência.

De acordo com Kaplan (2002), mulheres diagnosticadas com transtornos mentais apresentam problemas na vida afetivo-sexual. Mulheres com TA não se identificam com o próprio corpo e tendem a rejeitar o desenvolvimento de curvas femininas. Mulheres com AN apresentam amenorréia, pouco interesse em relações afetivas, bem como diminuição da libido, conseguindo estabelecer uma relação íntima com um parceiro apenas após a recuperação (pelo menos parcial) do quadro psicopatológico. Essas mulheres também costumam apresentar dificuldades com a alimentação desde a infância, comportamento autoagressivo, ausência de cuidados maternos satisfatórios e tabus familiares que dizem respeito à nudez e à sexualidade (Mangweth, et al., 2005). Na família Azevedo foi possível constatar que o corpo é claramente considerado tabu. Não pode ser percebido, desvendado ou dialogado. As representantes de três gerações, ouvidas neste estudo, parecem vivenciar o próprio corpo como "um estranho familiar", alheias aos seus sinais e necessidades.

6. Considerações Finais

A partir das evidências obtidas, pode-se postular que as relações familiares disfuncionais nessas famílias são coloridas por conteúdos psíquicos que são repassados entre as gerações sem sofrerem as transformações necessárias para sua elaboração apropriada. Esses conteúdos encontram no sintoma anoréxico uma forma radicalizada de expressão do desconforto resultante do conflito psíquico. Conteúdos relacionados às vivências do corpo são transmitidos, sem possibilidade de uma experiência genuína e transformadora. O corpo torna-se um segredo nas gerações de mulheres da família aqui analisada.

Com o decorrer do tratamento e a melhora dos sintomas da AN, o corpo não é mais alvo de intensa rejeição, mas pode ser mais aceito, sem que sejam desejadas grandes modificações. É possível estar atenta ao corpo de maneira saudável, percebendo sintomas de doenças, assim como uma sensação de *corpo forte e saudável.* O peso pode perder seu lugar de importância e, desse modo, as emoções podem ganhar espaço, sendo finalmente reconhecidas e vividas de maneira genuína (Björk & Ahlstrom, 2008; Noordenbos & Seubring, 2006).

A conscientização dos processos de transmissão permite que o indivíduo possa construir uma realidade diferente, ao invés de repeti-la como as gerações anteriores. Assim, o tratamento, que abrange a família e não apenas o paciente identificado, tem a função de desvelar o segredo, para que todos fiquem conscientes da situação (Wagner & Falcke, 2004). Nesse contexto promissor, o corpo pode ganhar espaço junto às palavras, tornando-se representável, ou seja, simbolizado.

Referências

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bertin, I. P., & Passos, M. C. (2003). A transmissão psíquica em debate: breve roteiro das concepções psicanalítica e sistêmica. *Interações, 8*(15), 65-79.

Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., & Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(2), 143-146.

BjöRk, T. & Ahlström, G. (2008). The Patient's Perception of Having Recovered From an Eating Disorder. *Health Care for Women International, 29*(8-9), 926-944.

Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 340-348.

Bruch, H. (1973). *Eating disorder: obesity, anorexia nervosa and person within.* Nova York: Basic Books.

Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 07-12.

Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

De Felice, E. M. (2006). *Vivências da maternidade e suas consequências para o desenvolvimento psicológico do filho.* São Paulo: Vetor.

Dunker, K. L., & Phillipi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, *16*(1), 51-60.

Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família* (L. M. V. Fisher, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Figueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S., & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia, 24*(4), 551-560.

Gaspar, F. L. (2005). A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 8*(4), 629-643.

Giddens, A. (2003). *Mundo em descontrole: O que a globalização está fazendo de nós* (M. L. X. A. Borges, Trad.) (3. ed.) Rio de Janeiro: Record.

Kaës, R. (2001). *Transmissão da vida psíquica entre gerações* (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaplan, M. J. (2002) Approaching sexual issues in primary care. *Women´s Mental Health 29*(1), 113-124.

Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review, 89*(1), 101-123.

Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2004). Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade. *Psicologia em Revista, 10*(16), 243-255.

Mangweth-matzek, B.; Rupp, C. I.; Hausmann, A.; Kemler, G.; Biebl, W. (2007). Menarche, Puberty, and First Sexual Activities in Eating-Disordered Patients as Compared with a Psychiatric and a Nonpsychiatric Control Group. *International Journal of Eating Disorders, 40*(8), 705-710.

Miranda, R. M. (2007). Em busca das palavras perdidas: o corpo, carcereiro da mente, nos distúrbios alimentares. *Ide, 30*(45), 28-34.

Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002) Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(3), 18-23.

Natenshon, A. H. (2001). Empowering parentes through their child´s eating disoder recovery. *Eating Disorders*, *9*, 75-80.

Noordenbos, G., & Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders*, *14*(1), 14–54.

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*(3), 353-360.

Onnis, L., Giannuzzi, M., & Romano, C. (2007). Un vide à combler: anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle. *Cahiers critiques de thérapie familial et de pratiques de réseaux, 1*(38), 135-157.

Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem* (A. Telles, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self starvation: from the intrapsyquic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londres: Chaucer.

Soifer, R. (1980). *Psicodinamismos de la familia con niños*. Buenos Aires: Editorial Paidos.

Souza, L. V. (2006). *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa.* Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Wagner, A. & Falcke, D. (2004). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A. (Org.) *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Yin, R.K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos.* Porto Alegre: Bookman.

O PROCESSO DE INTEGRAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA

LILIAN REGIANE DE SOUZA COSTA[93]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[94]

Resumo

Para Winnicott, o bebê nasce em um estado de não-integração e, por meio do suporte recebido do ambiente, caminha paulatinamente rumo à integração psicossomática. Se as falhas ambientais forem demasiadas, a criança, defensivamente, pode sofrer a desintegração. Os “transtornos psicossomáticos” são umas das possíveis consequências dessa desintegração. Esses quadros, ao mesmo tempo em que refletem pouco diálogo entre o psíquico e o somático, também representam uma tentativa de manter a conexão entre essas dimensões. Os transtornos alimentares caracterizam perturbações do comportamento alimentar, que remetem a estados de desintegração do psicossoma. Este estudo teve por objetivo articular o processo de integração psicossomática e os transtornos alimentares. Tomando como ponto de sustentação teórica o pensamento winnicottiano, analisou-se o caso de uma adolescente (Dália, 17 anos, nome fictício) que apresentava sintomas de anorexia nervosa e crises conversivas. Em um ambiente que se mostrara limitado em atender às necessidades psíquicas de Dália, ela apresentava dificuldades em identificar e expressar suas próprias emoções. A falta de *holding* ambiental limitara suas possibilidades de construir seu próprio *self*. Diante das necessidades não atendidas, Dália ora demonstrava um funcionamento do tipo falso-*self*, na tentativa de realizar tudo “*perfeitinho*”, ora utilizava o corpo como instrumento de expressão da sua insatisfação. A mãe apresentava dificuldades de oferecer *holding* e compreender os pedidos da filha, inscrevendo-o em uma ordem simbólica. A partir dos dados analisados, foi possível perceber que Dália encontrava nos sintomas corporais as vias de expressão que necessitava para canalizar seus sentimentos de insatisfação e,

[93] Psicóloga, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2012/15277-5. E-mail: liliancostapsico@gmail.com

[94] Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

assim, evidenciava pela recusa alimentar seu débil pedido por *holding* e sua tênue esperança de reconectar-se com a fonte de alimento emocional.

Palavras-chave: Winnicott, transtornos alimentares, psicossomática.

1. Introdução

Primeiramente, apresentaremos uma breve descrição dos quadros designados como Transtornos Alimentares (TAs), para, em seguida, retomar um percurso sobre os aspectos considerados como basilares da teoria winnicottiana, focando no processo de integração psicossomática descrito pelo autor

1.1 Os transtornos alimentares

A Anorexia Nervosa (AN), foco do presente estudo, corresponde a uma grave restrição do comportamento alimentar junto à distorção da imagem corporal. Embora tenha um peso abaixo do considerado normal para sua idade e altura, o indivíduo vivencia o medo patológico de engordar.

Miranda (2010) aponta que, durante a infância, o indivíduo que posteriormente desenvolverá um TA segue seu curso desenvolvimental sem manifestar grandes conflitos; é na adolescência, com a irrupção das transformações corporais e ampliação da capacidade cognitiva, que surgem os problemas. Do ponto de vista psicodinâmico, os sintomas dos TAs teriam sua origem nas etapas iniciais do desenvolvimento psicoafetivo, quando o indivíduo ainda não atingiu o processo de individuação e está em processo de construção de sua subjetividade. Nesse sentido, pode-se falar em prejuízos no plano do estabelecimento da autoimagem e da identidade (Lane, 2002).

Diante desses frágeis limites na relação com o outro, pacientes com AN vivenciam oscilações entre sentimentos de abandono e de transbordamento. A recusa em se alimentar surge como uma via de controle desses sentimentos díspares e extremados. Dessa forma, o sintoma funcionaria como um meio defensivo de proteção do *self* fragilizado em relação ao alimento/outro, sentido como nocivo (Miranda, 2010).

1.2 Winnicott e o processo de integração psicossomática

Para Winnicott, o ser humano possui uma tendência inata ao desenvolvimento, porém, diferente de outras vertentes psicanalíticas difundidas até então, a teoria do desenvolvimento emocional proposta ressalta a necessidade de um ambiente que seja facilitador, ou melhor, “suficientemente bom” para que o ser humano amadureça. O bebê,

inicialmente, tem uma dependência absoluta em relação ao ambiente. Conforme ele vai se desenvolvendo, a dependência diminui, porém, de alguma forma, os cuidados ambientais sempre serão necessários (Dias, 2003).

Winnicott denominou de *holding* e *handling* os cuidados destinados à criança pelo ambiente. *Holding* significa todos os cuidados despendidos a fim de oferecer continência ao bebê. Quanto ao *handling*, seria a manipulação física do bebê durante seus cuidados, ou seja, o contato corporal existente entre ele e o ambiente (Winnicott, 1983/2012).

De acordo com Winnicott, ao nascer o bebê ainda não é capaz de fazer uma diferenciação eu/não-eu, ou seja, ele vivencia um estado de não-integração (Winnicott,1945/200). É a partir dos cuidados recebidos por parte do ambiente que o ser humano começa a construir seu próprio *self* e a se diferenciar do meio ao seu redor. Se esse processo gradual for exitoso, o *self* pode se projetar no mundo com fronteiras bem definidas e fortalecido, sem risco de sofrer um eventual colapso ou desmantelamento.

Para construir seu próprio *self,* o ser humano vivencia três processos fundamentais: a própria integração (integração dos aspectos psíquicos e somáticos); a personalização (percepção da localização do *self* dentro do corpo) e a realização (possibilidade de reconhecimento da realidade externa, tal como ela é, com suas características de tempo e espaço) (Winnicott, 1945/2000). Isso permite aprender a lidar com a diferença.

Segundo Winnicott (1950/2000), quando a criança ainda não é capaz de simbolizar, a motilidade é uma das vias pelas quais ela consegue expressar suas necessidades. A motilidade pode ser expressa via agressividade, já que a criança nessa etapa rudimentar ainda não é capaz de diferenciar amor e ódio. O ambiente, quando sobrevive aos seus ataques e lhe ajuda a perceber a ambivalência das suas atitudes, permite que a criança inicie o processo de integração e simbolização de suas experiências afetivas.

Pode-se pensar, portanto, que, no início, a continência e o toque, ou seja, o contato corporal torna-se a principal fonte de proteção e de comunicação entre a criança e o ambiente. A partir do contato do corpo (*soma*) com o ambiente, o bebê começa a elaborar e dar significado às suas experiências corporais. Nesse movimento, percebe-se que se inicia a constituição da *psique*. Com isso Winnicott enuncia sua compreensão de que psique e soma, na sua concepção teórica, encontram-se em constante relação. Para ele, a psique se constitui a partir das funções somáticas, mas o corpo também é modelado e significado pelas funções psíquicas (Winnicott, 1952/2000).

Se houver falhas na satisfação das necessidades da criança, quando ela ainda não

é capaz de suportar, ela como defesa pode vivenciar um estado de *desintegração* (Winnicott 1952/2000). A desintegração só é possível quando o indivíduo, de alguma forma, conseguiu vivenciar a experiência de integração. Dessa forma, desintegração não é o mesmo que não-integração. A não-integração corresponde ao estado inicial vivido pelo bebê, estágio caótico e primitivo, quando ele ainda não iniciou a constituição do *self*.

Quando o indivíduo consegue atingir a integração das suas vivências, Winnicott (1952/2000) considera que é possível a formação da mente, ou seja, a possibilidade de compreender intelectualmente aquilo que é percebido através do psicossomático. Entretanto, se o ambiente, inicialmente, não proporcionou ao bebê a satisfação de suas necessidades iniciais, ele pode desenvolver uma mente imatura, com o intuito de lidar com as necessidades não atendidas (Winnicott, 1949/2000). Há largo desenvolvimento dessa mente precoce, que passa a dominar as necessidades do psicossoma, a fim de causar uma aparente impressão de saciedade.

Dentre as possíveis consequências da desintegração psicossomática, segundo Winnicott, situam-se os “Transtornos Psicossomáticos” e, dentre eles, estariam os Transtornos Alimentares. Nas palavras do autor, esses transtornos “são alterações do corpo ou funcionamento corporal associados a estados da *psique*” (Winnicott, 1988, p. 44). Para o autor, esses quadros refletem a cisão *psique*-soma, nos quais haveria uma falta crônica de diálogo entre as necessidades do corpo e as necessidades das emoções. Todavia, é preciso destacar que, a partir da doença, o indivíduo encontra no corpo um porta-voz para denunciar suas necessidades não atendidas. Assim, apesar de serem percebidos sérios prejuízos na integração, existe nos sintomas de restrição alimentar uma tentativa mal-sucedida de diálogo entre corpo e psíquico.

No artigo “O apetite e os problemas emocionais”, Winnicott (1936/2000) descreve que “em todos os tipos de casos psiquiátricos podem ser encontradas perturbações do apetite, as quais podem sempre estar entrelaçadas aos outros sintomas” (p.110). Porém, a alimentação não é afetada somente na doença, ela também sofre influências em condições de saúde. Segundo o autor, o apetite está relacionado às defesas contra a ansiedade e depressão, na tentativa de proteger o *self* contra o aniquilamento. Dessa forma, independente da sua condição psíquica, o ser humano terá sua alimentação inevitavelmente afetada. Entretanto, o modo como se dá essa afetação varia enormemente, dependendo de como o indivíduo organiza a vivência de sua afetividade.

2. Objetivo

Indivíduos acometidos por TAs enfrentam prejuízos significativos nos aspectos vitais, com dificuldades de adaptação e piora nos indicadores de qualidade de vida. Nesse sentido, esses quadros se configuram como um problema de saúde pública e demandam por investigação científica. A fim de contribuir com a discussão atual sobre o tema, o presente estudo teve por objetivo investigar, a partir do referencial winnicottiano, o processo de integração psicossomática em adolescentes com diagnóstico de TAs.

3. Método

O presente estudo é exploratório, descritivo e transversal, inserido em um enfoque de pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico psicanalítico, especialmente na perspectiva do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott. Teve como participantes uma adolescente (Dália, nome fictício) de 17 anos, com diagnóstico de Anorexia Nervosa do tipo restritivo e traços de personalidade emocionalmente instável, que se encontrava em seguimento em um serviço especializado para TAs do noroeste paulista.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados: roteiro de entrevista semiestruturada e aplicação do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) (Trinca, 2013). Diante da anuência da participante e de seus pais, as sessões foram audiogravadas e seu conteúdo, posteriormente, transcrito na íntegra e literalmente.

Os dados obtidos com o DF-E foram submetidos ao método de livre inspeção estabelecido por Trinca (1997). Foi feita uma análise dos conteúdos obtidos, visando caracterizar a história de vida, aspectos do desenvolvimento e dos cuidados recebidos pelos pais. O referencial teórico utilizado foi a teoria psicanalítica, especialmente, a teoria winnicottiana.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

4. Resultados

A participante, que aqui será chamada de Dália, na ocasião da realização do DF-E contava com 17 anos de idade. O pai era seu principal acompanhante no tratamento realizado no serviço multiprofissional em regime ambulatorial. A mãe pouco comparecia, mesmo quando convidada.

Dália residia com seus pais, um irmão mais novo e outro mais velho. Era estudante de Ensino Médio. Ela era muito sucinta no modo como respondia ao que lhe era

questionado e parecia fugir do contato com a psicóloga e outros membros da equipe. Mostrou-se séria e pouco sorridente. Em momentos de relato de conteúdos tristes, como quando confidenciou seu desejo de morrer, sorriu de modo dissociado.

A paciente chegou ao serviço após uma interação psiquiátrica de três meses. Ela havia conseguido uma boa recuperação do peso ao longo da internação. Entretanto, apesar de não se dizer anoréxica, o seu desejo de emagrecimento apareceu explícito. Apesar de ter um peso dentro do esperado para sua idade e altura, ela declarou que gostaria de perder "*pelo menos uns dez quilos*".

Dália referiu acreditar que foi internada não em decorrência da anorexia, mas devido às suas eventuais "*quedas*", como ela própria nomeia. De acordo com ela, essas quedas são "*uma sensação ruim, aí de repente eu caio*". A paciente sofria dessas "quedas" em vários contextos da sua vida, principalmente, em locais públicos. O pai disse que acreditava que acontecia sempre que ela ficava "*nervosa*". No exame médico não foram identificadas causas orgânicas para as "*quedas*" de Dália, bem como elas não foram caracterizadas como desmaios. Elas já foram observadas em vários locais e em diferentes circunstâncias, inclusive no contexto da internação. A equipe de psiquiatria nomeou-as de "crises conversivas".

A aparência emagrecida e as repentinas "*quedas*" preocuparam as pessoas que conviviam com Dália, principalmente na escola. A ponto de levaram o "caso" ao Conselho Tutelar. Os pais, que ainda não haviam procurado tratamento para a filha, foram denunciados por negligência. Após receberem um mandato judicial, o casal parental buscou tratamento para a filha. Devido aos riscos de vida pelo baixo peso e às supostas quedas, Dália havia permanecido internada em um hospital psiquiátrico.

Ao longo de todo o contato com Dália, ela demonstrou o desejo de interromper a entrevista, assim como desejava fazer com o tratamento que mal acabara iniciar. Ela dizia que se sentia culpada, principalmente, pelo fato de o pai necessitar faltar do trabalho para acompanhá-la. O desejo manifesto de interrupção e as falas sucintas impediam uma compreensão mais aprofundada da paciente, apresentação que era constante no contato de Dália com todos os profissionais da equipe. O desejo de morrer se repetia na sua fala, porém ela disse que não tinha coragem de se suicidar. Em certo momento, ela disse que deixava de comer porque talvez assim "*morria aos poucos*".

De acordo com Dália, seus pais não cobravam "*nada*" dela, mas como ela própria disse, "*eu que me cobro muito*". Disse que gostava "*das coisas todas certas*" e "*perfeitinhas*". Referiu que sua mãe era "*organizada*" e "*dedicada*", gostava de "*manter a*

casa em ordem e nada de bagunça". Seu pai era "*sério*" e também "*dedicado*". Ela referiu que na sua casa era "*cada um na sua*", eles pouco conversavam e não tinham momentos de lazer juntos.

5. Discussão

A partir dos dados trazidos para exame, destacam-se as dificuldades enfrentadas pela participante deste estudo em falar de si ou expressar seus sentimentos e angústias. Ela se mostrou retraída até mesmo no relato de fatos corriqueiros. Por um lado, pode-se pensar que essa apresentação poderia ser uma tentativa de proteção do *self*, o que até certo ponto era esperado, já que o vínculo com a psicóloga é ainda era muito recente. Por outro lado, diante do cortejo sintomatológico descrito sobre a paciente, torna-se necessário investigar com mais profundidade porque esses conteúdos se mostraram tão recalcados.

Como foi discutido na introdução desse estudo, a partir de uma perspectiva winnicottiana, a possibilidade da elaboração psíquica das próprias condições afetivas e corporais se torna possível quando o indivíduo teve acesso a um ambiente que se mostrou propício e atento às suas necessidades, de modo a colaborar com a construção do verdadeiro *self* (Winnicott, 1971/1975). No ambiente ilustrado pela paciente, principalmente nos cuidados recebidos pela mãe, foi retratada uma figura materna pouco sensível às necessidades da filha. O pai, de forma análoga, apesar de no momento se mostrar disposto a cuidar de Dália, reconheceu suas dificuldades de oferecer proteção à filha. A partir desses relatos, foi possível elucidar que a paciente não havia encontrado *holding* suficiente para alicerçar sua tentativa de constituição do seu próprio *self* e, assim, realizar a integração das suas vivências. Nesse sentido, é plausível que a pouca demonstração de si no contato com a equipe seja porque ela própria enfrentava dificuldades em acessar o seu eu verdadeiro.

Por meio do depoimento de Dália sobre seu desejo de fazer tudo "*perfeitinho*" e da sua constante preocupação em realizar tudo com precisão, pode-se inferir que, imersa em um ambiente que não se mostrava atento às suas necessidades, a participante buscava agir conforme ela acreditava que esse ambiente esperava que ela reagisse. Nesses momentos, suas reais necessidades permaneciam neutralizadas e ocultas, enquanto tentava se apresentar como uma personalidade aparentemente adaptada. Esse funcionamento se assemelha ao conceito de falso-*self* descrito por Winnicott (1971/1975),

quando o indivíduo, na tentativa de proteger seu verdadeiro *self*, busca agir conforme acredita que o meio espera.

Dália buscava realizar tudo perfeitamente, porém essa sua meta de excelência era interrompida quando surgiam os sintomas alimentares e as "*quedas*". Ela, inclusive, sentia-se culpada pela falta de controle sobre os seus sintomas. Pode-se pensar que a falta sentida pela paciente era tão intensa que a busca por fazer tudo "*perfeitinho*" não se mostrava suficiente para amenizar as angústias sentidas. Nesse sentido, sugere-se que Dália encontrou nas "*quedas*" e nos sintomas alimentares vias alternativas para denunciar seu sentimento de insatisfação. Porém, aquilo que era denunciado pelo corpo parecia não ser compreendido psiquicamente, tanto que ela não conseguia nomear. A partir dessa possibilidade interpretativa, infere-se que a paciente revindicava, via corpo submetido a angústias impensáveis, necessidades que também eram psíquicas e afetivas, e não somente corporais.

De acordo com Winniccott (1949/2000), quando o indivíduo não encontra um ambiente "suficientemente bom", que permita a integração das suas experiências psicossomáticas, umas das possibilidades defensivas é a vivência da desintegração, que significa a falta de integração das vivências corporais com as vivências psíquicas, como os afetos. Essa dificuldade de integração pode ser observada na participante, inclusive, pelas suas dificuldades de acesso e elaboração das suas vivências e dos seus sentimentos. Contudo, ao encontrar no corpo um instrumento de comunicação da sua dor, ela buscava suporte para conseguir integrar suas vivências. Com base nessas inferências, o caso clínico descrito apresenta características semelhantes ao que Winnicott (1969/1994) definiu como Transtornos Psicossomáticos, quadros em que, apesar da desintegração, o indivíduo busca, de modo pouco elaborado, a integração.

Da mesma forma em que Dália apresentou figuras parentais com dificuldades de oferecer amor, para ela, também parecia difícil se envolver afetivamente nas relações. A via encontrada para se defender do desamparo percebido foi limitar a expressão dos seus sentimentos, como uma forma de garantir seu equilíbrio emocional. Todavia, em situações que provocavam maior mobilização emocional, como durante a execução do instrumento projetivo, seus sentimentos vinham à tona.

Os dados apontam para a ambivalência no comportamento da paciente: ela apesar de desejar interromper os contatos e de se sentir culpada por precisar do acompanhamento do pai no seu tratamento, seus sintomas evidenciavam um pedido de cuidado e de suporte, que chamavam atenção do outro ao seu redor. Ao fazer uso das

palavras winnicottianas, pode-se dizer que Dália, sintomaticamente, pedia, insistentemente, por *holding* (Winnicott, 1983/2008), apesar da onipotência de acreditar que estava sozinha no mundo.

O “desejo de morrer” relatado pela paciente também pode ser visto com certa ambivalência. Foi possível perceber que suas ameaças de ausência no contexto familiar e as suas “*quedas*” lhe traziam visibilidade. Pode-se dizer que ela buscava presença via ausência.

A partir dos dados analisados e discutidos no presente estudo, foi possível perceber que a perspectiva winnicottiana traz importantes subsídios para a compreensão de casos como o de Dália, que, possivelmente, estão associadas a falhas vivenciadas em etapas muito precoces do desenvolvimento humano.

O processo de integração psicossomático descrito por Winnicott demonstrou contribuir para compreensão de psicopatologias de caráter psicossomático como os Transtornos Alimentares, porém é importante ressaltar que se trata apenas de uma visão, já que existem também outros autores que podem trazer contribuições extremamente relevantes sobre o assunto.

Referências

Dias, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

Lane, R. C. Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: The spider mother. *Psychoanalytic Review*, v. 89, n. 1, 2002.

Miranda, M. R. A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

Trinca, W. Apresentação do Procedimento de Desenhos de Família com Estórias. In W. Trinca (Org.), *Formas compreensivas de investigação psicológica* (pp. 249-276). São Paulo: Vetor, 2013.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade* (J. O. A. Abreu & V. Nobre, trads.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1994). Transtorno *[disorder]* psicossomático. In: C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, trad., pp. 82-93). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964).

Winnicott, D. W. (1994). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In: C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis. *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, trad., pp. 187-191). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969).

Winnicott, D. W. O (2000). Apetite e os problemas emocionais. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad., pp. 332-346) (2ª ed.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1936).

Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad.) (2ª ed.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945)

Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad., pp. 332-346) (2ª ed.). Rio Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho original publicado em 1949).

Winnicott, D. W. (2000). Ansiedade associada à insegurança. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, trad., pp. 163-167) (2ª ed.). Rio Janeiro: Imago, 2000. (Trabalho original publicado em 1952).

Winnicott, D. W. (2008). *O ambiente e os processos de maturação*: *estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1983).

ATOS FALHOS EM UM CASO DE TIMIDEZ: UM ESTUDO DE CASO

LILIAN REGIANE DE SOUZA COSTA[95]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[96]

Resumo

Para Freud, os atos falhos / parapraxias são manifestações inconscientes que não encontraram vias de expressão consciente. Não obstante serem atos do cotidiano, há situações que merecem destaque devido aos riscos que podem acarretar ao indivíduo. Este estudo teve por objetivo investigar o papel dos atos falhos no caso clínico de uma adolescente. Raquel (nome fictício), 17 anos, foi atendida em psicoterapia de orientação psicanalítica durante oito meses, com frequência de duas sessões semanais. A paciente queixava-se de “timidez”. Raquel mostrava dificuldades na expressão de suas emoções, escassos relacionamentos interpessoais e intensa insatisfação com a figura materna, descrita como autoritária. A paciente manifestava o desejo de sair de casa e vivenciar novas experiências, porém, de forma reativa, dizia que preferia permanecer junto aos pais. Diante da persistente insatisfação de seus desejos, ela apresentava inúmeros atos falhos durante as sessões, que inconscientemente a afastavam das figuras parentais. Do ponto de vista freudiano, pode-se pensar que as funções egóicas da paciente se encontravam enfraquecidas. Os desejos reprimidos, muitas vezes, encontravam vazão por meio dos atos falhos, que frequentemente a colocavam em situações de risco. Com a intervenção psicoterapêutica, foi possível perceber que a paciente começou a buscar vias mais elaboradas de expressão de seus desejos, porém ainda com marcada dificuldade.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica, atos falhos, inconsciente.

1. Introdução

Toda ação considerada como intencional visa atender a um objetivo. Portanto, quando a ação é planejada, existe um sujeito que, intencionalmente, buscou transformar algo com sua ação. Mas não é sempre esse o caminho que as ações humanas encontram. A psicanálise, desde a sua origem, chama atenção para os atos humanos

---

[95] Psicóloga, Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2012/15277-5. E-mail: liliancostapsico@gmail.com

[96] Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

tidos como acidentais, ou seja, sem intenção, que podem ser pistas para uma compreensão mais profunda do funcionamento psíquico do ser humano (Preu, Campos, Martini, 2006). Freud denomina esses atos fortuitos de “atos falhos” ou “parapraxias”, que assumem papel de destaque na teoria psicanalítica.

Freud (1916) explica que o fenômeno das parapraxias pode ser meras trocas de palavras na escrita, na leitura ou no diálogo, assim como esquecimentos temporários que ganham um sentido quando se olha para as vivências do indivíduo responsável pelo ato. O pai da psicanálise lembra que, embora à primeira vista, o estudo destes fenômenos pareça simplório, considerando suas não tão graves consequências. Porém, sua investigação é importante, já que o material a ser analisado na situação terapêutica geralmente é proporcionado pelos acontecimentos banais, diante dos quais surgem compreensões para acontecimentos maiores.

Além disso, o presente estudo parte do pressuposto de que é necessário relativizar a gravidade das consequências dos atos falhos. É preciso tomar cuidado para não menosprezar os prejuízos que eles podem trazer na vida do indivíduo. Existem pesquisas que, inclusive, relacionam os atos falhos aos suicídios considerados como acidentais. Lima e Pinho (2010), por exemplo, questionam se esses suicídios são, realmente, fatos desprovidos de intenção, nas palavras dos autores:

> alguns acidentes do cotidiano podem ser considerados tentativas inconscientes de autopunição, censura, infligidas contra o próprio sujeito e ocasionadas por impulsos de ordem inconsciente. Essa impulsão do inconsciente, descarregada fora de contexto, gerando ato falho na ação, pode ressaltar na morte do indivíduo. Diante disso, é possível o acidente ser interpretado como um suicídio involuntário, ao menos no aspecto consciente (Lima & Pinho, 2010, p. 143).

A partir da perspectiva freudiana, acredita-se que os caminhos tomados pelos eventos mentais são guiados pelo princípio do prazer / desprazer. De acordo com o autor, o ser humano possui uma carga de tensão, que ele refere como “desagradável”. O incômodo provocado por essa tensão leva à necessidade de reduzi-la, o que é possível por meio da satisfação dos desejos, ou seja, quando ele obtém prazer ou quando evita o desprazer. Conforme explica Freud:

> o curso desses eventos é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com

> uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer (Freud, 1920).

Seguindo essa linha de pensamento, pode-se conjeturar que todos os processos mentais deveriam ser acompanhados pelo prazer ou conduzir a ele. Entretanto, sabe-se que nem sempre isso é possível, considerando as dificuldades que o organismo encontra no mundo externo. Por exemplo, quando a criança atinge a fase fálica, começa a vivenciar os conflitos de natureza edípica, ou seja, tem o direcionamento da libido para a figura parental do sexo oposto. Contudo, existe uma série de normas culturais e sociais que barram a satisfação desse desejo (Freud, 1920).

Freud ressalta que é da barreira imposta durante a vivência dos conflitos edípicos que nasce o superego, instância psíquica que representa a internalização dos valores e regrais culturais que limitam e confrontam a satisfação das necessidades do Id. Cabe ao ego balancear os desejos do Id com as restrições do superego, considerando as condições da realidade (Freud, 1923, 1925). Dessa forma, pode-se perceber que Freud considera que existe todo um dinamismo das instâncias psíquicas para garantir a satisfação dos desejos, porém sem descuidar do princípio de realidade.

Diante das barreiras externas impostas ao indivíduo, que são introjetadas por meio do superego, há circunstâncias que não permitem que o princípio do prazer de ser dominante, criando a necessidade de se substituir o princípio do prazer pelo princípio de realidade. Para Freud, essa função de reconhecimento da realidade cabe ao ego e é necessária para a própria autopreservação do indivíduo. A não consolidação dos desejos edípicos, por exemplo, é importante para a preservação da espécie (Freud, 1913).

De acordo com Freud (1920), o funcionamento psíquico sob o princípio de realidade não anula a intenção de se obter prazer, porém “exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer” (p. 10).

Freud aponta que nem sempre os impulsos conseguem ser vencidos pelo princípio de realidade, sendo que, com frequência, eles ultrapassam essa barreira e conseguem vias de expressão. Pode-se pensar que uma dessas possíveis vias é o próprio ato falho.

No que se refere ao trabalho do analista diante dessas manifestações inconscientes, psicanalistas como Zimerman (1999) defendem que, mais do que revelar o conteúdo inconsciente, cabe ao terapeuta compreender a maneira como consciente e inconsciente do paciente se comunicam entre si. Além disso, o autor acrescenta outra

função importante do analista: a análise das funções do ego, inconscientes e conscientes: percepção, pensamento, conhecimento, juízo crítico, entre outras.

2. Objetivo

Investigar o papel dos recorrentes atos falhos de uma adolescente, que recebeu atendimento psicoterápico de orientação psicanalítica em uma clínica-escola de Psicologia. A paciente trouxe como motivo manifesto para a procura de atendimento a queixa de "*timidez*" (palavra utilizada pela própria paciente).

3. Relato de experiência

A paciente, aqui chamada de Raquel, com o intuito de preservar sua identidade, iniciou atendimento psicoterápico quando contava com 17 anos de idade. Durante a triagem do serviço, ela preencheu em uma ficha de inscrição que o motivo da procura por atendimento era pela "timidez". O atendimento foi realizado pela autora deste estudo, com frequência de duas sessões por semana. No total, foram realizadas 44 sessões, ao longo de oito meses.

Raquel morava com o pai (36 anos), mãe (37 anos) e irmão (quatro anos). Havia terminado o ensino médio no ano anterior ao início do atendimento e, no momento, estava matriculada em um cursinho pré-vestibular. Ela desejava cursar uma universidade pública, porém teria que ser na mesma cidade onde morava com sua família.

Em relação aos aspectos físicos, Raquel apresentava algumas características que indicavam falta de cuidado com o próprio corpo, como cabelos mal alinhados. A paciente apresentava sobrepeso importante. Sempre vestia calças *jeans*, blusas fechadas e tênis, além de óculos com armações grossas. Ela sempre cumprimentava a terapeuta com sorrisos muito discretos e geralmente se comunicava em um tom de voz baixo e pausadamente.

O pai de Raquel era o principal provedor financeiro da família. A mãe, esporadicamente, ajudava o pai. No quarto mês de terapia, Raquel contou que a família enfrentava dificuldades financeiras para mantê-la no atendimento, mesmo sendo em um serviço público e gratuito. Disse que precisava ajudar a mãe no trabalho. A paciente fez um remanejamento nos seus horários e conseguiu continuar por mais quatro meses. Porém, nesse período, suas faltas se intensificaram. No final do ano, ela optou por encerrar o processo psicoterapêutico.

No início do contato com Raquel, ficou bastante evidenciada a queixa trazida pela paciente de timidez: ela se mostrou muito inibida, com voz trêmula e dificuldades de aprofundar nos assuntos que relatava. Ela contou que não costumava sair de casa com frequência e que tinha poucos amigos. Disse que gostava de ficar em casa e que preferia sair somente com a família. Além disso, contou que tinha poucas amigas nas quais podia confiar. Raquel disse que se chateava porque as pessoas nunca lhe convidavam para sair. O assunto sair de casa era recorrente na fala da paciente, era possível perceber um desejo intenso de sair. Entretanto, reativamente, ela dizia que preferia ficar em casa, da mesma forma que manifestava que não desejava cursar uma graduação em outra cidade.

Com o caminhar da psicoterapia, conseguiu falar sobre seus sentimentos com menos restrições, quando começaram a surgir indícios dos seus desejos que pareciam reprimidos e ocultados pelo discurso de que “preferia ficar em casa”. Entretanto, as dificuldades de expressão de seus sentimentos continuavam intensas: ela relatava fatos do seu cotidiano, porém com muita dificuldade de associá-los às suas emoções e desejos.

Como fato ilustrativo deste movimento de Raquel, têm-se os momentos que ela falava sobre a mãe. Embora ficassem evidentes os sentimentos de raiva e insatisfação em relação à figura materna, ela não conseguia, de fato, expressá-los. A terapeuta, em um determinado momento, disse, “*parece que você está muito insatisfeita com a sua mãe por brigar desse jeito com sua tia*”, com o que Raquel concordou, com uma expressão de alívio. Internamente, ela parecia discordar da mãe, mas não conseguia expressar sua contrariedade, como se tivesse que acatar, sem pensar, o que era imposto por ela.

A crise financeira que a família de Raquel estava vivenciando no período do atendimento foi assunto recorrente durante seu processo terapêutico. A paciente contou que os pais necessitaram colocar a casa própria à venda para quitar dívidas, mudando para uma casa alugada. Ainda sobre esse tema, ela mencionou sua preocupação com o pai, que, segundo ela enfrentava problemas de saúde por conta das dificuldades financeiras da família, além do nervosismo da mãe, que, segundo ela, havia se abalado muito com a situação. Percebeu-se que junto a essas preocupações, Raquel carregava consigo certa “decepção” em relação às figuras parentais, o que tentava a todo custo ocultar por meio de falas como “*agora vai ficar melhor na outra casa, vamos conseguir pagar as dívidas*”. Tocar no tópico da perda do patrimônio familiar e reconhecer as falhas dos pais pareciam assuntos muito difíceis para a paciente.

Eventualmente, Raquel apontava para o desejo de contato com outras pessoas/modelos além dos seus pais e para além do restrito círculo familiar. Todavia, esse desejo parecia ainda bastante inconsciente e de difícil acesso, o que ficou explícito em um momento em que a terapeuta mencionou que percebia que Raquel desejava vivenciar novas experiências e conhecer novas pessoas, novos amigos, que a família parecia não ser mais suficiente para suprir suas necessidades, ao que ela, em tom ríspido, emendou: “mas a minha família também é importante”. Assim, nessa mesma sessão, a terapeuta usou a metáfora de uma casa para falar que ela vinha com frequência falando da casa dos pais, mas perguntou sobre a casa dela, como que ela estava construindo sua identidade. Nesse momento, Raquel se emocionou bastante, dizendo que sentia que não tinha nada que era só dela, e passou todo o restante da sessão deitada no divã chorando de forma contida.

Com a evolução do seguimento psicoterápico, apareceram atitudes que, inconscientemente, expressavam o desejo da paciente de construir sua própria “casa”-ego, mas ainda muito temerosa de se desligar das figuras parentais e de se arriscar em novas experiências. Logo na terceira sessão, Raquel falou que no encontro anterior, quando voltava para a casa de ônibus, havia entrado no veículo errado, chegando a um lugar bem longe da sua casa. Só se deu conta do equívoco após um bom tempo de viagem. Contou que estava distraída, sendo que, segundo ela, distrações aconteciam com frequência em sua vida.

Com o decorrer do atendimento, estes “atos falhos” da paciente apareceram com mais frequência. Foram vários ônibus “errados” que ela pegava por engano, apostilas e bolsas que ela esquecia na própria sala de atendimento, entre outros lapsos. O último mencionado, talvez o mais marcante, foi quando Raquel relatou que acreditava que havia se inscrito no vestibular de uma universidade que não se localizava na cidade dela, mas não se apercebeu disso no momento da inscrição.

4. Discussão

Raquel, pelo fato de estar em plena transição psicossocial da adolescência, já vivenciava um período de intensas transformações na sua vida. Ela precisava escolher sua profissão e seu corpo sofria mudanças importantes, além de desejar intensamente sair com as amigas e paquerar. Porém, da mesma forma que escondia seu corpo e não realçava sua feminilidade no modo como se apresentava fisicamente, seus desejos também se mostravam extremamente recalcados. A partir do ponto de vista freudiano,

pode-se pensar que a expressão dos seus desejos encontrava barreiras importantes, impedindo sua expressão sob a forma de ação.

De acordo com Freud (1923), é no contato com as figuras parentais e com a cultura que são internalizadas as leis e os valores, que no espaço do psiquismo se transformam no que o autor denominou de superego. Por meio dos relatos da participante, no contato com um pai que parecia fragilizado e uma mãe rígida, pode-se inferir que o superego de Raquel assumiu características extremamente castradoras, semelhantes às que ela identificava na mãe. Coube à mãe, provavelmente, assumir a maioria das decisões sobre os cuidados de Raquel. Diante da intensa castração, ela, aparentemente, não investia em fantasias desconectadas com a realidade, porém seu funcionamento aparecia bastante prejudicado, principalmente devido ao marcado empobrecimento de suas relações pessoais.

No contexto do atendimento oferecido à paciente, com frequência pôde-se notar que, frente à intensa repressão de suas emoções, as imposições do superego falavam mais alto. Nesse sentido, é possível pensar que a participante enfrentava dificuldades em balancear seus desejos com as imposições colocadas pelo superego, o que leva à ideia de que suas funções egóicas encontravam-se fragilizadas. O excesso de repressão, promovida pelo ego, deixava a paciente extremamente insatisfeita.

Foi possível perceber que os atos falhos de Raquel, muitas vezes, comunicavam seus desejos que não conseguiam ser acessados de modo consciente. A partir do breve relato feito do caso, infere-se que esses atos provavelmente eram manifestações deslocadas do desejo da participante em construir novas experiências fora do ambiente familiar. Todavia, em decorrência da imaturidade, parecia existir intensa necessidade de repressão dos afetos. Com isso, frequentemente, por meio de formação reativa, ela tendia a idealizar o cenário familiar, o que demonstra a natureza inconsciente dos seus atos, por mais explícitos que eles possam parecer.

Para Preu, Campos e Martini (2006), os atos falhos mantêm seus aspectos positivos por serem possíveis formas de satisfação dos desejos e, de certa forma, reduzem a tensão desconfortável (Freud, 1920). Entretanto, essa satisfação auferida é parcial, pois logo sobrevém o sentimento de culpa e a sensação de que errou, quando os aspectos superegóicos atuam com mais intensidade. Além disso, evade-se do contato com a realidade, como quando acabou se inscrevendo em um curso universitário muito distante de sua cidade de origem, em um momento em que a família estava sem condições financeiras de arcar com os seus estudos.

Freud enfatiza a necessidade do princípio de realidade se sobrepor ao princípio do prazer, com o intuito de proteger a vida do indivíduo (Freud, 1920). Nesse sentido, é preciso atentar aos atos falhos, já que a busca por prazer de modo pouco elaborado pode colocar a paciente em situações de risco.

Da mesma maneira que os atos falhos, a inibição da sua expressão afetiva também limita suas possibilidades de viver uma vida com criatividade. Ela não conseguia sair, relacionar-se e construir sua própria “casa”. Somado a isso, parece que a energia que ela despendia contendo sua impulsividade era tão intensa, que acabava não conseguindo se concentrar nas atividades e tarefas cotidianas que realizava, como o estudo.

A partir dessas percepções, quando se pensa na estratégia terapêutica, além da possibilidade de oferecer um espaço de compreensão dos sentidos inconscientes que permeiam os atos falhos da paciente, a psicoterapia também deve contribuir para que o vínculo formado entre terapeuta e paciente seja construído em uma relação de confiança, na qual a paciente consiga se aproximar minimamente dos seus próprios desejos. Nesse sentido, pode-se pensar que é necessário fortalecer as funções egóicas para que a paciente esteja melhor capacitada para balancear seus desejos com as restrições e castrações impostas pelo superego. Nas palavras de Neto (2007), essa relação de confiança

> é, talvez, a condição mais necessária, fundamental e, ao mesmo tempo, a mais difícil de ser alcançada. Trata-se de pessoas que desenvolveram um alto grau de desconfiança em relação ao ambiente e, geralmente, é necessário muito tempo – e muitos testes – para que o analista passe nas provas (p. 84).

A partir da possibilidade de estabelecer maior contato com os seus desejos, a paciente pode ter mais e melhores ferramentas para o trabalho de elaboração psíquica, fazendo com que a “vazão” dos impulsos ocorra de modo mais matizado e coerente com o princípio de realidade, do que ocorre por meio de outras vias, como os atos falhos. Estes, dependendo do contexto e da intensidade com que se manifestam, podem ter sérias consequências para a vida da paciente, como sugerem Lima e Pinho (2010) ao estudarem a relação entre atos falhos e suicídios acidentais.

O contato terapêutico com Raquel buscou oferecer a possibilidade de construir um espaço de confiança na presença da terapeuta. Quando se pensa em uma terapia de orientação psicanalítica, o período de atendimento foi curto e prejudicado pelas suas faltas. Porém, é interessante notar que, na terapia, ela conseguiu tomar suas próprias

decisões, mesmo com limites e faltas. Começou a ir sozinha e, junto com a terapeuta, construía uma casa própria. Quando chorou no divã, parecia ter encontrado ali um lugar que era dela.

Acredita-se que o sentido do esquecimento de objetos no *setting* terapêutico pode ser compreendido na perspectiva de que Raquel vivenciou na situação analítica um espaço de confiança, no qual desejava prolongar ali sua presença, pois apesar de a terapia acarretar uma mobilização profunda de suas emoções, sendo, muitas vezes, bastante desestabilizadora, parece ter sido psiquicamente produtiva para a paciente, que dizia se sentir bem naquele espaço.

Apesar da intensa dificuldade de se expressar, com o decorrer do processo terapêutico Raquel conseguiu falar sobre seu desejo de experienciar outras emoções, de trabalhar e estudar, além de admitir seus sentimentos de revolta em relação aos pais. Aos poucos, nos seus relatos foram surgindo várias outras pessoas que parecem funcionar como modelos para a construção de sua própria identidade, que, até então, parecia muito misturada com a identidade dos pais. Dentre elas, apareceram uma tia paterna, amigas e a própria figura da terapeuta.

Referências

Freud, S. (1901). *Psicopatologias da vida cotidiana*. Edição Standart Brasileira (ESB) das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1916). *Conferências introdutórias à psicanálise*. Edição Standart Brasileira (ESB) das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1920). *Além do princípio do prazer*. Edição Standart Brasileira (ESB) das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923). *O ego e o ID*. Edição Standart Brasileira (ESB) das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1925). *A dissolução do complexo de Édipo*. Edição Standart Brasileira (ESB) das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Lima, K. C. & Pinho, M. X. (2010). Suicídio e ato falho: considerações psicanalíticas acerca dos suicídios acidentais. *ConScientiae Saúde*. 9(1), 139-145.

Neto, A. N. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanális*e, 41(4), 77-88.

Preu, R. O.; Campos, E. B. V. & Martini, A. (2006). A psicanálise como formação do inconsciente: a dinâmica dos atos na obra de Freud. *Educação Temática Digital*. Campinas, 8 (esp.), 187-202.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.

FANTASIAS SEXUAIS DE JOVENS UNIVERSITÁRIAS: UM ESTUDO QUALITATIVO [97]

MARIANA FURTADO SILVA

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Resumo
O termo fantasia compreende as produções imaginárias relacionadas ao comportamento sexual. Segundo a literatura, as fantasias sexuais nas mulheres se apresentam mais complexas comparadas às masculinas, sugerindo a importância de investigar suas singularidades na busca de compreender sua função. Este estudo teve como objetivo investigar os significados atribuídos às fantasias sexuais por estudantes universitárias. Participaram do estudo 10 universitárias com idades entre 18 e 23 anos. Foram utilizados um roteiro de entrevista semiestruturado e um *Checklist* de Fantasias Sexuais. As entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, submetidas ao método da análise de conteúdo temática. A interpretação dos dados foi fundamentada na teoria dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon. Os resultados mostraram o papel formativo da família na conduta sexual na vida adulta e a influência da mídia, disseminando estereótipos sexuais, resultando na dificuldade das participantes de perceberem suas próprias fantasias. Percebeu-se a importância de colocar os achados sob a perspectiva do desenvolvimento afetivo-sexual para compreensão da sexualidade em seu processo dinâmico. Acredita-se que este estudo pode contribuir com subsídios para novas investigações que focalizem o papel das fantasias sexuais no funcionamento da dinâmica psíquica e que se proponham a entender os processos de captura dos imaginários sociais referentes à sexualidade e erotismo feminino. (FAPESP)

Palavras-chave: fantasias sexuais, sexualidade feminina, saúde sexual.

Introdução

A sexualidade deve ser encarada como um fenômeno universal. Como afirma Ressel e Gualda (2003), é um fenômeno complexo e sua construção abarca, simultaneamente, “aspectos individuais, sociais, psíquicos e culturais que carregam historicidade e envolvem práticas, atitudes e simbolizações” (p. 83).

A sexualidade feminina (assim como a masculina) é construída no encontro entre a vida subjetiva e social. São as narrativas e padrões vigentes e aceitos em cada cultura, em

[97] Apoio: FAPESP, processo nº 2011/23906-0

determinado período, que determinam os papéis sexuais assumidos por homens e mulheres, que determinam as práticas aceitas e os significados atribuídos aos diversos aspectos da sexualidade humana (Ribeiro, 2006). A mídia, em particular, desempenha um papel crucial nas construções da sexualidade feminina, pois o conteúdo divulgado nos meios de comunicação de massa é como um espelho dos ideais vigentes da cultura e da época (Zucco & Minayo, 2009).

A despeito de encontrarmos pesquisas que exploram a sexualidade feminina de uma maneira profunda e honesta, a maior parte dos estudos procuram mapear as diferenças encontradas entre homens e mulheres em relação ao comportamento sexual. Resultados encontrados indicam uma complexidade maior na compreensão da sexualidade feminina do que na sexualidade masculina. Como exemplo, tem-se um estudo realizado por Friedman e Downey (2000), que relaciona fantasias sexuais com a prática da psicanálise; o tópico das fantasias sexuais se apresenta como mais complexo nas mulheres do que nos homens.

Desse modo, com a evolução do conhecimento sobre a subjetividade e sexualidade feminina, quando se aceitou a autonomia sexual da mulher, sua capacidade de fantasiar e de imaginar cenários ou cenas eróticas passou a ser investigada e valorizada, especialmente em estudos clínicos.

Em tempos recentes, tem-se observado maior procura feminina por materiais pornográficos. Zilli (2012), porém, afirma que tal interesse não é tão recente quanto suposto. Hoje, tendo em vista a quantidade de *sites* especializados em vídeos pornográficos voltados ao público feminino, seria possível supor que somente agora existe a demanda por esse tipo de material.

Estudos nacionais sobre a saúde íntima feminina têm contemplado as mulheres universitárias (Giraldo et al., 2013). Contudo, pouco se tem abordado na literatura em relação às implicações das fantasias sobre as práticas sexuais e o bem-estar da mulher. A vida sexual feminina até há pouco tempo era considerada limitada, sem riqueza de nuances e matizes, apesar das evidências ao contrário.

Nessa direção, este estudo buscou possibilitar reflexões sobre a complexidade da sexualidade feminina, abarcando suas singularidades, de modo a sensibilizar a comunidade científica acerca da necessidade de investigar os desejos e desafios enfrentados pelas mulheres no processo de desenvolvimento de sua sexualidade, um aspecto central do processo de subjetivação.

Este estudo teve por objetivo investigar os significados atribuídos às fantasias sexuais por estudantes universitárias.

Método

Participaram do estudo 10 universitárias do sexo feminino, com idades entre 18 e 23 anos, solteiras, heterossexuais e de classe média. Para o recrutamento das participantes foi utilizado o procedimento de *snowball*, no qual uma participante indicava outras potenciais colaboradoras.

Foram utilizados como instrumentos para a coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado, organizado em eixos temáticos como vida familiar, transição para a puberdade e adolescência, desenvolvimento da sexualidade/afetividade, masturbação, fantasias sexuais, relacionamentos afetivos, experiências sexuais, acesso a materiais eróticos, entre outros. Também foi utilizado um *Checklist* de Fantasias Sexuais, composto por uma lista com 20 fantasias sexuais extraídas da literatura.

Para a análise dos dados obtidos foi adotado o método da Análise de Conteúdo, na modalidade temática (Minayo, 2008). Como referencial teórico para fundamentar a análise foi adotado os roteiros (ou *scripts*) sexuais de John Gagnon e William Simon (Gagnon, 2006). Esses *scripts* ou roteiros sexuais são esquemas cognitivos organizados, que dão inteligibilidade aos comportamentos das pessoas no contexto da vida social. Assim, os pesquisadores buscaram no *corpus* de pesquisa constituído pelos relatos das participantes as categorias temáticas que emergem em cada um dos níveis de roteiros propostos pelos autores: *cenários culturais, roteiros interpessoais* e *roteiros intrapsíquicos*. Em outras palavras, a análise buscou identificar os *scripts* utilizados pelas universitárias para descrever suas fantasias sexuais.

Foram adotados como passos metodológicos a pré-análise, a extração das categorias temáticas, e por fim, a interpretação com base no referencial teórico adotado.

Resultados e Discussão

A primeira categoria encontrada foi "O desenvolvimento afetivo-sexual como contexto para compreensão das fantasias sexuais". Foi observada a influência dos pais sobre a maneira de se relacionar na fase adulta, tendo como exemplo a vivência do divórcio dos pais, relacionada à movimentos contrários na exploração da sexualidade, com o autoerotismo se contrapondo à procura da satisfação sexual através do contato com o outro. Ainda sobre a influência dos pais, a experiência da negligência sugere a busca por parte das participantes, da satisfação da carência de afeto deixado pelos pais através de relacionamentos amorosos.

Observa-se ainda nos resultados a possibilidade do diálogo com os pais sugere um movimento de maior repressão; possivelmente o não diálogo promove a busca por informações de outras fontes, ou até mesmo a busca da satisfação da curiosidade ou das dúvidas através do contato com o outro.

Já no que concerne às mudanças com o advento da puberdade, surgiram diferentes reações a partir da transição, com relatos da vivência natural, sem sofrimento associado em contrapartida com dificuldade em assimilar as mudanças corporais com as cólicas, com o crescimento dos seios e a demanda do uso do sutiã. Foi encontrada também dificuldade em aceitar o fim da infância e a demanda da assunção de novos papéis e novas condutas associadas ao "virar mocinha", com o abandono das brincadeiras antes tão comuns em seus cotidianos (Ribeiro, 2006).

Da perda da virgindade, observa-se a conservação da determinação da associação entre sexo e amor para as mulheres, com a subordinação ao papel tradicionalmente atribuído ao gênero feminino. Essa permanência de antigos padrões e valores ligados ao gênero influenciam e dão consistência às fantasias sexuais de algumas participantes do presente estudo. Encontra-se no relato de quatro das participantes a valorização do aspecto romântico, ou mesmo íntimo, considerado essencial para a primeira relação; em contrapartida, duas trouxeram a perda da virgindade como um momento de satisfação da curiosidade sobre o ato sexual, referindo-se a esse acontecimento com certa indiferença afetiva, valorizando mais a oportunidade de obtenção de prazer. Já o desejo de manter a virgindade até encontrar a pessoa certa, ou até o casamento, é trazido por duas das participantes.

Já na segunda categoria, "Fantasias Sexuais", é possível observar a presença de estereótipos das fantasias sexuais nos relatos das participantes, marcados por definições clichês (e literais) de fantasias sexuais, com o uso de vestimentas para a interpretação de um papel em um jogo sexual. e também com marcada influência do romantismo, como desejo de transar em uma cama cheia de pétalas de rosas, em um quarto iluminado por luz de velas.

Em relação ao conteúdo das fantasias sexuais das participantes encontrou-se as fantasias mais recorrentes no grupo investigado foram: “Ter suas roupas retiradas (ser despida)” (100% dos participantes), “Exercer domínio sobre o parceiro” (90%), “Ser dominada e assumir uma posição passiva diante do parceiro” (80%). Já entre as fantasias menos endossadas destacaram-se: “Fazer sexo com alguém muito mais velho que você”

(10%), “Vestir roupa do sexo oposto” (10%), “Fazer sexo com alguém do mesmo sexo” (20%), “Assistir a outros fazendo sexo” (20%), “Participar de uma orgia” (20%).

Na terceira categoria, "A relação da mulher com a mídia erótica”, foi encontrado nos relatos das participantes o uso ativo da pornografia, não se restringindo ao material mais "adequado" ao público ao público feminino, recorrendo à pornografia mais explícita. A pornografia aqui é usada como recurso para estimulação sexual e para a masturbação (Zilli, 2014). Observa-se nos relatos das participantes a tentativa de esconder o interesse na pornografia, sendo que três delas não relatam angústia com o fato de procurarem a pornografia, porém, deixam claro que o assunto não é abordado com outras pessoas, e uma relata horror nos momentos em que faz uso de vídeos pornográficos como recurso para a masturbação.

Conclusões

Diante das experiências de vida e sexuais relatadas pelas participantes, é possível afirmar que, apesar das similaridades observadas, pode-se notar que nuances emergem na maneira como cada jovem vivencia sua sexualidade ao longo de sua trajetória de vida e de seu desenvolvimento.

Apesar de nosso estudo abordar uma população jovem em uma época em que as barreiras e tabus em relação ao prazer feminino estão caindo por terra, observamos restrição no plano do uso do imaginário relacionado às questões da sexualidade e uso do corpo como fonte de prazer. De modo geral, há um movimento de valorização das fantasias sexuais na vida de relação, porém, as entrevistadas apresentam certa dificuldade em percebê-las, pois aparecem misturadas a estereótipos cristalizados no imaginário coletivo.

Observa-se ainda uma influência marcante do contexto familiar e do relacionamento conjugal dos pais, destacando-se a vivência do divórcio e da negligência de cuidados parentais. Os resultados também apontam para forte influência da possibilidade (ou não) do diálogo entre as mães e suas filhas. O olhar direcionado à infância é essencial, como refere Gagnon (2006, p. 131):

[...] *são ensinadas a crianças muito pequenas as formas apropriadas de iniciação, controle e dominação que devem existir entre meninas e meninos, mulheres e homens. Elas aprendem roteiros sociais sobre gênero* [...]. *Estes roteiros de gênero são concepções de valor moral, uma ideia das explicações apropriadas do comportamento e*

uma certa compreensão de como estas podem ser usadas e modificadas de uma situação para outra.

Além disso, há uma forte influência da mídia na disseminação de estereótipos sexuais e modelos prontos de gratificação dos impulsos sexuais, que servem ao imperativo do consumo e reforçam representações convencionais das relações de gênero.

Deste modo, considera-se a importância de colocar os dados em perspectiva, isto é, de se lançar um olhar sobre o desenvolvimento afetivo-sexual da mulher e o sistema de valores próprios das camadas sociais médias. No estudo da sexualidade, é indispensável compreender as fantasias sexuais como expressões de uma sexualidade que está em constante movimento, sendo, portanto, dinâmicas, mutáveis e passíveis de novas elaborações e transformações ao longo do tempo.

Ressalta-se a necessidade de novos estudos que busquem compreender a sexualidade feminina em todas as suas expressões, principalmente no que concerne a relação da mulher com a pornografia e as novas tecnologias de informação e comunicação.

Referências

Friedman, R. C. & Downey, J. I. (2000). Psychoanalysis and sexual fantasies. *Archives of Sexual Behavior*, *29*(6), 567-586.

Gagnon, J. (2006). *Uma interpretação do desejo* (L. R. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Garamond.

Giraldo, P. C., Polo, R. C., Amaral, R. L. G., Reis, V. V., Beghini, J., & Bardin (2013). Hábitos e costumes de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, adornos genitais, depilação e práticas sexuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 35*(9), 401-406.

Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Ressel, L. B., & Gualda, D. M. R. (2003). A sexualidade como uma construção cultural: Reflexões sobre preconceitos e mitos inerentes a um grupo de mulheres rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37*(3), 82-87.

Ribeiro, J. S. B. (2006). Brincadeiras de meninas e de meninos: Socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. *Cadernos Pagu, 26*, 145-168.

Zilli, B. D. (2014). Nasce uma estrela pornô? Na internet, um tipo de pornografia que mulheres gostam. Disponível em
http://www.clam.org.br/publique/media/Artigo_Bruno_Revisado_.pdf

Zucco, L. P. & Minayo, M. C. S. (2009). Sexualidade em revista(s). *Interface, 13*(28), 43-54.

"EU SEMPRE SOUBE QUE TINHA PROBLEMA COM SEXO": VIVÊNCIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO DESEJO HIPOATIVO

TAIUNARA CARONI LEMES

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Resumo

A sexualidade, como as demais experiências humanas, é produto de um conjunto de processos sociais, culturais e históricos. É, ainda, uma construção social que engloba o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais. No decorrer do ciclo vital, a mulher passa por processos capazes de influenciar seu funcionamento sexual. Fatores fisiológicos e relacionais podem afetar a função sexual. Este estudo tem por objetivo investigar as vivências de mulheres com diagnóstico de Transtorno do Desejo Hipoativo e os significados que elas atribuem à própria sexualidade e à ausência de desejo sexual. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, de corte transversal. Participaram do estudo duas mulheres, que se encontravam em atendimento em um serviço especializado em um centro de saúde-escola. Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Posteriormente, os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática e discutidos a partir da teoria dos *scripts* sexuais de John Gagnon. Os resultados apontam para um desconhecimento e falta de interesse em relação à própria sexualidade. As participantes apresentam baixa autoestima e são vulneráveis a sentimentos de autoculpabilização, desamparo e solidão, que prejudicam as relações interpessoais.

Palavras-chave: Desejo sexual hipoativo; sexualidade; disfunção sexual, roteiro sexual.

Introdução

A experiência sexual, como todas as outras experiências humanas, é produto de um conjunto de processos culturais, históricos e sociais. A sexualidade está longe de ser um fenômeno puramente natural ou biológico; ao invés disso, pode ser caracterizada como profundamente suscetível às influências socioculturais e históricas. É a sociedade e a cultura que determinam se as práticas sexuais são inapropriadas ou adequadas, saudáveis ou doentias, imorais ou morais (Foucault, 1988). Cada sociedade tem sua

história e seu sistema de valores, aos quais está atrelada nossa concepção de corpo e sexualidade, sendo impossível dissociá-los (Araujo, 2002).

Segundo Foucault (1988), o conceito moderno de sexualidade designa uma série de fenômenos que englobam tanto os aspectos biológicos da reprodução, quanto as variações de cada indivíduo, bem como os aspectos sociais do comportamento, além da instituição de normas e regras reguladoras construídas pelas instituições médicas, judiciárias, pedagógicas e religiosas. O conceito de sexualidade também abrange as modificações na maneira pela qual os indivíduos são impelidos a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos. Sexualidade é, portanto, uma construção social que engloba o conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais.

A disfunção sexual é um problema multidimensional, caracterizada pelo DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) segundo três critérios: (1) alterações psicofisiológicas, como a falta de orgasmo, de desejo sexual, ou até mesmo a presença de dor durante as relações sexuais, além de outros transtornos sexuais não identificados; (2) acentuado sofrimento psíquico e dificuldades interpessoais; e (3) quando a dificuldade sexual não é melhor explicada por nenhum outro fator do Eixo 1, ou ainda por afeitos fisiológicos de drogas de abuso ou condições médicas gerais (Ferreira, Souza, & Amorim, 2007). Segundo esses autores, a maioria dos estudos realizados sobre essa temática se restringe a abordar os critérios 1 e 3, praticamente omitindo o critério 2 das práticas científicas.

A base para elaboração desses critérios é o ciclo de resposta sexual proposto por Masters e Johnson na década de 1970, com enfoque biológico e fundamentado nas respostas fisiológicas humanas. O ato sexual foi dividido por esses autores em quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (Rohden, 2009). Desse modo, há no DSM-IV-TR a divisão, em categorias, de transtornos sexuais relacionados à etapa do ciclo sexual na qual estão presentes, sendo classificados em: transtornos do desejo, transtornos de excitação, transtornos do orgasmo, transtornos dolorosos, disfunção sexual devida a uma condição médica geral e, ainda, disfunção sexual induzida por substância (Abdo & Fleury, 2006).

Segundo Prado, Mota e Lima (2010), a prevalência de disfunções sexuais em mulheres é considerada alta e atinge cerca de 20 a 50% da população. Essa falta de uma

estimativa mais precisa advém dos poucos casos de diagnóstico e tratamento especificos, consequência da dificuldade feminina em reportar essa queixa aos profissionais da área da saúde, além do embaraço dos profissionais ao investigarem tais queixas. A falta de conhecimento sobre a própria sexualidade, a desinformação sobre a resposta sexual, problemas de ordem pessoal e, sobretudo, problemas conjugais, são fatores capazes de interferir na resposta sexual feminina (Ferreira, Souza, & Amorim, 2007).

As transformações ocorridas a partir da década de 1960, como as mudanças no papel social da mulher, o desenvolvimento das tecnologias reprodutivas e a possibilidade concreta de transgredir categorias e fronteiras sexuais, desestabilizaram antigas certezas e fizeram cair por terra noções tradicionais de tempo, espaço, realidade, subvertendo as formas de gerar, nascer, crescer, amar ou morrer. Todas essas mudanças afetam a maneira de se construírem as identidades de gênero e sexuais na contemporaneidade (Louro, 2000).

Contudo, os avanços concretos promovidos pela revolução sexual desencadeada na década de 1960 não alcançou igualmente todas as camadas sociais, embora se deva reconhecer que houve melhoria nas condições de existência das mulheres, com maior acesso a métodos contraceptivos, escolaridade e mercado de trabalho, o que garante incremento de sua autonomia social em relação ao homem. Por outro lado, não há garantias de que o estilo de relação exibido entre os pares, como foi explicitado com relação ao sexo, tenha sofrido de fato uma revolução (Bozon, 2003). Certos valores tradicionais permanecem intactos, coexistindo com os avanços dos parâmetros morais e comportamentais dos novos tempos.

Segundo Gagnon (2006), o conceito de *roteirização sexual* tem por base cinco grandes concepções. São elas: (1) a conduta sexual é totalmente determinada pela história e pela cultura; (2) o significado da conduta sexual não se encontra na interpretação da atividade corporal do indivíduo; (3) a ciência da sexualidade é determinada igualmente pela história e pela cultura; (4) a sexualidade é adquirida, mantida, desaprendida e organizada em todo o seu funcionamento, pela estrutura social e pela cultura; (5) o gênero e a sexualidade são condutas aprendidas socialmente, e se vinculam de maneiras diversas em diferentes culturas.

No presente estudo, pretende-se valorizar os aspectos culturais, sociais e históricos imbricados no processo de construção da sexualidade feminina, buscando-se compreender o fenômeno da falta de desejo sexual que acomete muitas mulheres.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo investigar as vivências de mulheres com diagnóstico de Transtorno do Desejo Hipoativo e os significados que elas atribuem à própria sexualidade e à ausência de desejo sexual.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e transversal, fundamentado no método de pesquisa qualitativa, assumindo a teoria dos *scripts* sexuais de John Gagnon como referencial teórico norteador.

Participantes

Participaram do estudo duas mulheres, que se encontravam em atendimento em um serviço especializado em um centro de saúde do interior paulista.

Sobre os critérios de inclusão, foram convidadas a participar do estudo mulheres que: (1) tinham sido diagnosticadas com Transtorno do Desejo Hipoativo e (2) que tinham idades entre 18 e 35 anos. Quanto aos critérios de exclusão, não foram consideradas elegíveis para este estudo mulheres que estivessem em tratamento para reposição hormonal ou nas quais o desejo hipoativo fosse consequência de um quadro orgânico.

Quanto ao número de participantes, deve-se considerar a discussão em torno desse tema nos manuais de metodologia qualitativa, que preconizam que nem sempre é possível definir *a priori* o número de participantes (Biasoli-Alves, 1998; Creswell, 2010). Esse número depende da saturação dos dados.

Procedimento

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. As participantes foram recrutadas em um ambulatório especializado em sexualidade humana de um centro de saúde-escola. Foi formalizado um convite para a participação no estudo, com a

explicação do que consistia a pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando havia o consentimento, a participante assinava o Termo, mantendo consigo uma via. Após essa etapa, era dado início à coleta de dados.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada. O instrumento consiste em um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado para permitir o alcance dos objetivos do estudo. Na primeira parte da entrevista foram coletados dados sociodemográficos (como idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, religião, número de filhos, tempo de relacionamento afetivo). Na segunda parte do roteiro foram investigadas questões tais como: desenvolvimento afetivo-sexual, apreciação da participante sobre a situação atual de seu relacionamento afetivo, significados atribuídos à sexualidade e à ausência de desejo sexual, bem como sentimentos e impressões acerca do diagnóstico recebido.

A entrevista foi aplicada face a face, em sessão única. O encontro foi audiogravado, mediante o consentimento das entrevistadas, e os registros foram posteriormente transcritos na íntegra para análise compreensiva e articulação com o referencial teórico adotado. Os dados obtidos foram analisados a partir da teoria dos *scripts* sexuais de John Gagnon (2006).

Resultados

Foram realizadas duas entrevistas, a primeira com a participante Márcia, e a segunda com Eliana. Os nomes próprios utilizados neste estudo são fictícios, de modo a preservar a identidade das participantes. Ambas referiram ter dificuldades para manter relações sexuais com os parceiros. Relataram um sentimento de medo relacionado a essa situação. Há o temor exacerbado de serem traídas ou abandonadas, em razão de não corresponderem às expectativas de seus parceiros. Por conta dessa insegurança, muitas vezes acabam mantendo relações sexuais sem que sintam desejo ou mesmo sob efeito do álcool.

Tanto Márcia quanto Eliana mostram dificuldades para engravidar e passaram por várias tentativas de fertilização *in vitro.* Márcia conseguiu engravidar e ter sua filha graças a esse método de reprodução assistida, porém relata se sentir arrependida em certos

momentos quanto ao fato de ter tido a filha. Eliana ainda busca ser mãe via fertilização e acredita que um filho fará com que ela se sinta menos sozinha.

Quando questionada sobre a própria sexualidade, Márcia afirmou que vem aprendendo a valorizar essa parte da vida há muito pouco tempo. Relatou nunca ter se importado com isso antes e ter se acomodado na relação estável com o marido. Eliana referiu que não sabia responder essa pergunta e disse não entender do que se tratava. Afirmou nunca ter parado para pensar sobre sua própria sexualidade.

Ao abordar a perda de desejo, Márcia contou sobre o nascimento da filha e como suas dúvidas sobre estar ou não preparada para ser mãe afetaram sua vida sexual. Mencionou que nunca se interessou muito por sexo e que muitas vezes mantinha relações apenas com a intenção de segurar o relacionamento. Nesses momentos ela necessita estar alcoolizada, já que, mantendo-se sóbria, não conseguiria dada sua falta de desejo.

Quanto à perda do desejo sexual, Eliana relatou nunca ter se interessado por sexo em sua vida. Também revelou que não se sente estimulada a procurar o parceiro em momento algum. Também conta que mantém relações sexuais apenas para satisfazer o marido e que torce para que ele acabe rápido.

A falta de conhecimento acerca da sexualidade e a desinformação sobre o funcionamento do próprio corpo e a resposta sexual, são fatores que influenciam a resposta sexual feminina (Ferreira, Souza, & Amorim, 2007). Também os conflitos psíquicos e a baixa qualidade da relação conjugal podem contribuir para a depreciação da resposta sexual.

Notou-se também que as relações de gênero são baseadas no desempenho de papéis convencionais e em concepções tradicionais e arraigadas, corroborando o que Bozon (2003) afirma em termos da permanência de valores consagrados e que perpetuam desigualdades entre homens e mulheres.

Esses dados remetem a um roteiro sexual (Gagnon, 2006) marcado por construções de gênero, que sustentam e naturalizam a submissão da mulher aos desejos sexuais de seus maridos e configuram uma imagem feminina desencarnada, despida de sexualidade e sem nenhuma inclinação aos prazeres sexuais. A negação da sexualidade feminina é tão intensa que leva a uma anulação completa do uso do corpo como fonte de prazeres. A

maternidade, por outro lado, é altamente idealizada, embora também apareça como fonte de intenso conflito psicológico, o que dificulta a assunção à posição materna.

Conclusões

Os resultados obtidos apontam para um desconhecimento e total falta de interesse das mulheres entrevistadas em relação à própria sexualidade. Isso tem reflexo na qualidade do relacionamento conjugal, que é descrito como empobrecido. As mulheres não conversam abertamente sobre esse problema com seus parceiros e só aceitam manter relações sexuais porque sentem que é sua obrigação satisfazê-los e porque temem perdê-los para outra mulher.

A dificuldade de procriar foi outro elemento em comum, sendo acompanhada de sentimentos ambivalentes em relação à maternidade. As participantes apresentam baixa autoestima e são vulneráveis a sentimentos de autoculpabilização, desamparo e solidão, que prejudicam as relações interpessoais.

O problema feminino não é apenas relacionado com a repressão direta da sexualidade, mas também com a falta de oportunidades durante a socialização convencional, que propiciem a conexão entre os roteiros mentais e a ação concreta. Os roteiros sexuais de que as mulheres dispõem são relativamente mais restritos, tendo sua conduta ligada ao papel de guardiãs da própria sexualidade e, em geral, esta se encontra embaralhada com os papéis sociais de mãe e esposa (Gagnon, 2006).

Mais estudos são necessários para investigar os aspectos psicológicos do diagnóstico de Transtorno de Desejo Hipoativo, com ênfase na questão da subjetivação do sintoma ausência de desejo sexual.

Referências

Abdo, C. H. N. & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapeuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista de Psiquiatria Clinica, 33*(3), 162-167.

American Psychiatric Association (2002). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Araujo, M. F. (2002). Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão, 22*(2), 70-77.

Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A pesquisa psicológica: Análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 135-157). Ribeirão Preto, SP: Legis Summa.

Bozon, M. (2003). Sexualidade de conjugalidade: A redefinição das relações de gênero na França contemporânea. *Cadernos Pagu, 20*, 131-156.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (Magda Lopes, Trad.). 3. ed. Porto Alegre, RS: Artmed/Bookman.

Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar em um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, 7*(2), 143-150.

Foucault, M. (1988). *História da sexualidade: A vontade de saber* (Maria Tereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque, Trads.). Rio de Janeiro: Graal.

Gagnon, J. H. (2006). *Uma interpretação do desejo: Ensaios sobre o estudo da sexualidade* (Lucia Ribeiro Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Garamond.

Louro, G. L. (2000). *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Prado, D. S., Mota, V. P. L. P., & Lima,T. I. A. (2010). Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis sócio-econômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 32*(3), 139-143.

Rohden, F. (2009). Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação das disfunções sexuais. *Estudos Feministas, 17*(1), 89-109.

SERVIÇO DE SUPORTE TERAPÊUTICO PARA TRANSEXUAIS NO CENÁRIO DA CLÍNICA-ESCOLA DE PSICOLOGIA: POSSIBILIDADES E LIMITES

TAIUNARA CARONI LEMES

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

RESUMO

A transexualidade, na sua caracterização mais corrente, caracteriza-se por um sentimento persistente e inabalável de pertencimento ao sexo oposto, geralmente percebido precocemente e deflagrador de intenso sofrimento psíquico. Poucos estudos nacionais se dedicaram a investigar o contexto psicoterapêutico em que são acolhidas as pessoas *trans*. No presente estudo pretende-se apresentar o percurso terapêutico de uma transexual feminina atendida no contexto da clínica psicológica. O objetivo do atendimento oferecido é auxiliar a paciente a (re)construir sua identidade – incluindo a identidade de gênero – e a pensar sua sexualidade sem que se apele à ideia de adequação ou qualquer forma de ajustamento social. No âmbito de uma clínica-escola de Psicologia foram realizados atendimentos semanais com uma paciente transexual, que paralelamente estava em processo de acompanhamento por equipe multiprofissional em hospital público visando à preparação para a cirurgia de redesignação sexual. O desconforto experimentado em relação à genitália, a construção hesitante de um projeto de transição rumo a um corpo feminino e os constrangimentos e tensões vivenciados no âmbito familiar e social decorrentes dessa decisão de assumir publicamente sua transexualidade foram os temas dominantes das sessões. Os resultados confirmam o desacordo entre sexo e gênero como um fator central para a compreensão da *condição trans*, sugerindo a necessidade de construir referências da Psicologia para o acompanhamento do processo transexualizador.

Palavras-chave: transexualidade; psicoterapia; feminilidade; corporalidade.

Contextualização do problema e enquadre teórico

A transexualidade é um fenômeno registrado ao longo da história da humanidade. Embora tenha sido reconhecida e classificada apenas no início do século XX, há vários relatos na história de homens e mulheres que se travestiam e comportavam como pessoas do sexo oposto, e que alegavam pertencer ao gênero divergente do seu sexo biológico (Pinto & Bruns, 2003). Antes de acatar essa taxonomia, é preciso esclarecer que essa nomenclatura classificatória não pode ser naturalizada, por ser apenas uma tentativa da sociedade moderna de entender e nomear práticas recorrentes da diversidade sexual humana (Cardoso, 2005).

Diferentes enfoques teóricos abraçam o desafio de definir esse fenômeno, o que proporciona muitas interpretações possíveis para o universo transexual. Arán (2005), com base nos atendimentos realizados na prática profissional, afirma que a transexualidade, na sua caracterização mais corrente, apresenta-se como um sentimento persistente e inabalável de pertencimento ao sexo oposto, geralmente percebido precocemente e deflagrador de intenso sofrimento psíquico. Esse desacordo entre sexo e gênero parece ser o fator determinante para a compreensão da *condição trans*.

A cirurgia de redesignação sexual é mais conhecida popularmente como “mudança de sexo”, o que é um equívoco, uma vez que se trata, na verdade, de uma readequação do corpo ao gênero. Uma das primeiras cirurgias desse tipo de que se tem conhecimento, e que também envolveu o tratamento hormonal, foi realizada em 1952 com George Jorgensen, que, posteriormente, passou a se chamar Christine Jorgensen. Esse caso foi um divisor de águas, na medida em que abriu uma janela de oportunidades para as pessoas que se encontravam nessa situação. Pela primeira vez havia uma possibilidade concreta de realizar a adequação da aparência física à subjetividade e, consequentemente, de promover uma redução do sofrimento infligido pela discordância em relação ao sexo biológico. A midiatização da cirurgia de transgenitalização possibilitou a discussão sociológica sobre a identidade sexual e a construção de categorias de gênero (Áran & Murta, 2009).

Ainda prevalece a concepção de que o sexo biológico é um dado natural e que constitui a base para a construção do gênero. Isso é produto tanto da história como da cultura. Essa crença de que, a partir das características físicas, o indivíduo desenvolverá seu processo de identificação com um gênero específico, é ao mesmo tempo determinista e construtivista, restringindo muito as possibilidades para uma compreensão ampliada das sexualidades e das subjetividades (Lionço, 2008).

Na sociedade urbana contemporânea, pós-feminista e herdeira da revolução sexual da década de 1960, a feminilidade foi transferida da maternidade e da maternagem para os corpos construídos em academias de ginástica, desfilando nas passarelas vestidos pela moda e retocados por maquiagem. O significado do que é ser mulher se tornou independente da função biológica. Durante séculos o corpo feminino foi sumariamente negado e recalcado, juntamente com a sexualidade da mulher. Esse aspecto é de imprescindível importância quando pensamos a construção do que se considera feminino na atualidade. Nessa vertente, o crescente culto fetichista e exploração mercadológica do corpo feminino aparece como ruptura de um paradigma social e religioso consagrado por séculos de história (Próchno, Nascimento, & Romera, 2009).

Na sexologia, o conceito atual de transexualidade, baseado nas noções da psiquiatria e também da psicanálise, sustenta-se em um pressuposto de que essa condição é uma patologia, um “transtorno de identidade de gênero” determinado pela não conformidade entre sexo biológico e gênero. Adotando um molde cartesiano de compreensão, a matriz binária heterossexual se torna o único parâmetro regulador tanto das sexualidades quanto das subjetividades dos indivíduos (Arán, 2006).

O sujeito transexual é visto como aquele que quebra as regras básicas da diferenciação entre os seres humanos. E por isso é enquadrado no conceito de desviante, que, segundo Becker (2009), é aquele que infringe uma regra, ou um conjunto de regras sociais, que podem ser estabelecidas em forma de lei, consenso social ou uma construção do que é patológico. O ato de romper essas regras significa o desvio. É sob a visão estigmatizada do desvio que a maior parte da sociedade entende o transexual, o que faz aumentar ainda mais a carga de sofrimento que a pessoa que vivencia essa condição carrega em função da estigmatização social.

Para Toneli e Becker (2010), reportando-se à obra de Judith Butler, ter de se submeter a uma norma é uma violência perpetrada contra o sujeito como um todo. Há mais do que a rejeição sofrida e as consequências jurídicas, físicas, emocionais, morais da imposição da lei; há também o “apagamento” dessas diversas violências sofridas, que se acumulam sem perspectiva de elaboração ou resolução satisfatória na experiência encarnada das pessoas transexuais. Ou seja, além de se desrespeitar a individualidade do sujeito, ainda se impede que esse desrespeito seja notado e condenado pela coletividade, tornando-o naturalizado. Os referidos autores propõem que a única maneira

de romper com essa sujeição ao padrão heteronormativo é impedir que a norma permita e legitime a violência, tornando-a visível sempre que ocorre um episódio.

Cardoso (2005) chama a atenção para o fato de a questão do *travestismo* e do *transexualismo* serem tratados como transtornos mentais pelo DSM-IV e pela CID-10, que são os grandes manuais de classificação das “doenças” mentais, que servem de referência para o atendimento clínico dessas pessoas. Essas categorias diagnósticas surgem como garantias legais para o acesso aos serviços de saúde, ou seja, o fato de serem inscritas como condições médicas garantiria o acesso ao tratamento adequado, hoje considerado como sendo a cirurgia de redesignação sexual, que progressivamente deixa de ser vista como supérflua e meramente estética. O contraponto a esse direito que a medicalização garante é a legitimação da visão dos transexuais como pessoas doentes, que devem tratadas e corrigidas. Para Butler (2009), receber o diagnóstico de transtorno de identidade ratifica ser considerado errado, disfórico, disfuncional. Em outros termos, significa ser legitimado como desviante da heteronorma. Dessa forma, na concepção dessa autora, a patologização da transexualidade é nefasta e deveria ser abolida. Da mesma forma que a patologizaçao garante o direito à cirurgia, ela nega o direito de ser diferente.

No presente estudo de caso pretende-se apresentar o percurso terapêutico de uma transexual feminina no contexto do atendimento recebido na clínica psicológica. O objetivo desse atendimento é auxiliar a paciente em questão a (re)construir sua identidade – incluindo a dimensão social, afetiva e de gênero – e a pensar a sua sexualidade sem que se apele à ideia de adequação ou qualquer forma de ajustamento social. Nesse sentido, a cirurgia de transgenitalizaçao deverá ou poderá ocorrer como forma de suprir uma necessidade da paciente de tornar seu corpo mais parecido com o que ela acredita ser a sua essência, e não como uma tentativa de cura para um suposto transtorno mental.

Método

O estudo de caso aqui relatado é uma amostra da prática clínica realizada em um serviço-escola de Psicologia vinculado à Universidade de São Paulo. O atendimento é parte do estágio profissionalizante intitulado “Práticas Psicológicas Inovadoras: Trabalhando com Casais, Grupos e Pessoas em Contextos de Diversidade Sexual e de

Gênero", que é oferecido aos estudantes de Psicologia da instituição supracitada. O estágio supervisionado oferece psicoterapia individual, no âmbito da clínica-escola.

O processo terapêutico da paciente – que neste relato será designada como Eduarda (nome fictício), foi iniciado em março de 2012 e se mantém até o presente, dezembro de 2014. A paciente não passou pelo processo regular de triagem da clínica-escola, sendo encaminhada diretamente de um grupo comunitário do qual participava após fazer demanda espontânea por atendimento. Eduarda atualmente tem 22 anos e escolheu seu nome social baseando-se no nome de registro, que é Eduardo (nome fictício).

Resultados

Apresentação do caso

Eduarda é uma transexual de 22 anos, encaminhada à clínica psicológica vinculada a um curso de graduação em Psicologia para atendimento psicológico. Após entrar em contato com o grupo comunitário de diversidade sexual, foi detectada a necessidade de atendimento individual. Sendo assim, foi encaminhada para o serviço clínico mantido pelo VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual. Inicialmente, alegava que "não precisava, de fato, do serviço ou da psicoterapia", mas sim de uma *declaração*, que segundo ela é documento necessário para que fosse admitida no processo de triagem para a cirurgia de redesignação sexual em um hospital público.

Eduarda estudou até o terceiro ano do Ensino Médio. Concluiu seu processo de educação formal e também um curso profissionalizante para se tornar cabeleireira. No entanto, trabalha como operadora de *telemarketing* há cerca de três anos. É financeiramente independente, mas ainda mora com a mãe. Não se refere a ter tido nenhum relacionamento amoroso, no momento ou no passado.

As sessões terapêuticas ocorrem duas vezes por semana, atendendo à conveniência da paciente em relação ao tempo que ela alega poder dedicar à psicoterapia. O processo terapêutico teve início há dois anos e nove meses. Nos primeiros meses a paciente faltava demasiadamente. Buscava avisar com antecedência sua ausência e, na maioria das vezes, justificava o cancelamento da sessão pelo montante de trabalho que tinha de realizar, em decorrência de sua necessidade financeira

de cumprir horas extras. O número de faltas diminuíu gradualmente na medida que Eduarda passou a perceber ganhos reais com a psicoterapia e a valorizar o seu processo terapêutico.

No início do atendimento, Eduarda trouxe como queixa principal sua dificuldade de diálogo com a mãe em relação à sua condição transexual. Na entrevista inicial, a paciente relatou já haver se assumido homossexual perante a mãe, quando ainda não sabia ao certo como definir o que de fato sentia, nomeando sua condição afetivo-sexual com as categorias mais recorrentes na cultura, como a de homossexual. Quando descobriu, por volta de 17 anos, que sua vivência não se tratava realmente de homossexualidade, mas sim de transexualidade, sentiu-se impotente diante da figura materna, que não a aceitava nessa condição. No decorrer do processo psicoterápico, sua condição de transexual foi exposta à progenitora e as consequências dessa revelação passaram a ser o foco principal do atendimento.

Na entrevista inicial, discorreu sobre sua relação com o pai, que segundo a paciente abandonou a família quando ela tinha 11 anos e "sumiu pelo mundo" sem manter qualquer forma de contato com os familiares por quatro anos. Eduarda se refere a esse período como se o pai estivesse "viajando", sugerindo uma maneira infantil de lidar com a ausência paterna. O pai retornou ao lar quando Eduarda estava com 15 anos. Sua mãe o aceitou de volta e eles viveram juntos por, aproximadamente, mais um ano, até que o pai saiu novamente de casa, permanecendo incomunicável por mais dois anos. Após esse período, retornou com uma "surpresa": estava casado com outra mulher, e tinha três filhos com ela. Eduarda relata ter levado um choque quando ficou sabendo dessa segunda família do pai, mas não relatou sentimentos de raiva ou ciúme. Falou dessa situação complexa como se contasse uma piada, chegando a rir em alguns momentos.

Esse episódio mostra o quanto Eduarda necessitava manter-se dissociada de seus sentimentos, talvez por não suportar lidar com a instabilidade e a dor psíquica desencadeada pelo abandono paterno. Ela tentava acomodar a situação desconfortável dentro de si e assim conviver com suas consequências de maneira que não lhe suscitassem sentimentos de angústia. Essa mesma estratégia defensiva é utilizada por diversas vezes frente a outras situações estressantes. Assim, Eduarda trouxe às sessões com frequência acontecimentos desagradáveis, sem entrar de fato em contato com as emoções que estes lhe suscitaram. Muitas vezes narrava o episódio como se fosse um filme a que assistira e, posteriormente, explicava que a situação acontecera em sua

própria vida. Eduarda utilizava dessa defesa com maior frequência no início do processo psicoterápico, mas gradativamente pôde abandoná-la com o aprofundamento do vínculo terapêutico e da aliança de trabalho.

A relação de Eduarda com a mãe foi foco privilegiado de atenção ao longo de todo o atendimento. A mãe mostrou ser uma figura onipresente nas sessões, seja de forma verbalizada ou concreta, como aconteceu em um dos encontros, em que Eduarda atendeu uma ligação da mãe no celular no meio da conversa terapêutica. Durante as sessões ficou nítida sua dificuldade em se posicionar frente à mãe em relação à sua condição transexual, e sua necessidade de ter sua aprovação incondicional para o processo de externalização de sua feminilidade, começando pela adoção de roupas femininas e cabelos longos, e culminando na pretendida cirurgia de redesignação sexual, que ainda permanece como sua grande meta, porém um desejo distante de seu horizonte de possibilidades. Mesmo depois de explicitados os seus desejos e intenções, o medo e a dependência da opinião da mãe continuavam determinando suas ações.

Referiu como sua família se divide rigidamente entre gêneros: homens de um lado, mulheres de outro, com opiniões e atitudes muito estereotipadas e inconciliáveis. Muitas vezes, esses dois lados são colocados como antagônicos e até mesmo inimigos. Para expressar essa situação polarizada, Eduarda usa a expressão “forças que lutam entre si”. Esse aspecto conflitivo foi percebido como uma projeção do dinamismo intrapsíquico da paciente, que vislumbra na família as forças que lutam intensamente dentro de si, suas partes masculina e feminina em um embate constante e encarniçado por espaço e legitimação.

Eduarda claramente foi inserida na dinâmica familiar como pertencente ao gênero feminino. O papel social que exerce no contexto doméstico é o de dona de casa, pois cuida do lar, das refeições e das roupas das moradoras da casa. Afirma realizar essas tarefas com satisfação, pois elas afirmam sua condição feminina, e não admite que lhe digam que não deve se dedicar aos cuidados do lar por não ser mulher. A única justificativa que evoca para justificar sua dedicação aos afazeres domésticos é que ela **é** uma mulher, embora seu corpo “não colabore”, como ela mesma diz, pois “faltam algumas coisas, e sobram outras”, mas isso não lhe tira o sentimento e a convicção inabalável de ser mulher

Apesar de vislumbrar na mãe e na irmã duas aliadas, Eduarda mantém relações conflituosas com pessoas do gênero feminino. Relata sempre sentir inveja de mulheres que nasceram biologicamente mulheres, e que não tiverem que passar por tudo o que ela precisa passar para poder *ser uma*. Diz, ainda, sentir-se muito irritada quando vê uma mulher que não se veste ou que não se porta como o que ela considera adequado ao gênero feminino, como se tal mulher *traísse* o seu entendimento de feminilidade.

Ao mesmo tempo em que deseja imensamente se tornar fisicamente congruente com seu sentimento de ser uma mulher, Eduarda demonstra uma expectativa intensa em relação a como seria essa mudança, e de como seria o convívio com sua família a partir de então. A mudança psíquica foi poucas vezes mencionada – e geralmente negada – mostrando um sentimento irretorquível de que é, de fato, uma mulher e que, portanto, não há muito o que dizer sobre isso. Para ela, colocar-se como mulher perante os outros é, ao mesmo tempo, um fato ameaçador e necessário. Relata com frequência que não suporta mais conviver com seu corpo masculino, que ela diz "carregar" como se não fizesse parte do seu ser. Assim, mantém uma relação com o corpo permeada por vergonha, rejeição e desconforto, embora não tente esconder o que, nele, lhe incomoda. Diz não precisar recorrer a truques como as travestis, como esconder o pênis ou levantar a cabeça para esconder o pomo de adão, porque "logo seu corpo vai se modificar" e, principalmente, porque "ela não finge ser mulher", simplesmente o é.

No decorrer dos atendimentos foi possível perceber as transformações físicas. São notáveis as mudanças que os hormônios já provocaram em seu corpo ainda em processo de formação. O tratamento hormonal a que vem se submetendo sob acompanhamento médico, desde agosto de 2012, no ambulatório especializado de um hospital universitário, tem provocado alterações bastante significativas, como desenvolvimento de seios, mudança na voz – que está se tornando mais aguda, e a escassez de pêlos tanto no rosto, quanto no corpo. Eduarda se mostra muito contente com os rumos que tais mudanças têm tomado, mas relata ainda não saber lidar muito bem com esse *novo corpo*.

Terapeuta e paciente conversaram muito sobre o desconforto gerado por esse sentimento de estar deslocada, transitando entre os gêneros. Chegou-se assim à percepção de que havia uma circularidade na situação de Eduarda, que se sente mal ao se dar conta dos aspectos masculinos de sua aparência, como o nariz e o pomo de adão, que ela não consegue modificar por conta da precariedade de sua situação financeira. Esta que se mantém pela sua dificuldade de procurar um emprego em que ela se sinta

exposta aos olhares da sociedade, que ela chama de "cruéis", ao se referir à estigmatização a que está submetida. Nesse movimento, seu mal-estar se torna generalizado, o desconforto psíquico se acentua e parece ser pouco permeável à mudança.

Eduarda costuma se portar socialmente exacerbando características que julga serem femininas. Por exemplo, cruza as pernas ou movimenta o corpo e a cabeça de maneira muito delicada. Coloca-se fisicamente como mulher, da mesma forma que assume esse papel quando fala de suas relações amorosas e familiares. Quando conversava sobre suas relações afetivas, disse que se apaixonou apenas uma vez, mas que o rapaz de quem gostava era apaixonado por sua irmã. Ela optou por não declarar seus sentimentos e desistiu definitivamente do rapaz quando descobriu que ele mantinha relações com outros homens. Terapeuta e paciente chegaram juntas à compreensão de que essa desistência ocorreu porque ela não desejava ter "um homem que goste de homens" e que, portanto, poderia vê-la como um homem; desejava ter um homem que goste de mulheres e que a deseje como mulher. Depois dessa constatação, ela parece ter ficado mais aliviada, podendo entender por que havia sentido tanta raiva do rapaz ao tomar ciência de que ele mantinha relações homossexuais. Esse acontecimento reitera sua necessidade de ser percebida pelo outro como uma mulher plena, no interior de um relacionamento indiscutivelmente heterossexual, com "um homem 100% ativo".

Em uma das sessões, contou que estava interessada em um rapaz que trabalha no mesmo local que ela, mas disse que seria mandada embora do emprego caso viesse a manter relações com ele. Após amargar essa frustração, contou que assistira a um filme intitulado *Orações para Bob*, e que se apaixonara por um dos personagens. Disse que procurou conhecer tudo sobre o ator que viveu o personagem e que acha que ele seria o único homem com quem conseguiria se relacionar de verdade. Passou a fazer planos mirabolantes para obter o dinheiro necessário para fazer uma viagem ao exterior, para que pudesse encontrá-lo, e começou a frequentar um curso de inglês. Depois de duas sessões falando basicamente sobre esse "namorado perfeito", como ela o chamava, começou a reagir aos dados de realidade que a terapeuta fornecia insistentemente. Pouco a pouco foi se desligando de seu envolvimento platônico. Começa, então, a se questionar sobre o porquê de necessitar de alguém que esteja tão distante do seu convívio para se apaixonar. Algum tempo depois do processo de desencantamento,

Eduarda conta que descobriu que o ator havia morrido. Isso surge mais como uma curiosidade durante a sessão, pois já evidenciava ter superado essa etapa.

Eduarda disse precisar de tempo para adequar seu corpo ao que denomina de “sua essência”, e que manter uma relação agora seria mais doloroso do que realmente agregador, dado seu forte sentimento de inadequação.

Considerações Finais

Com a evolução da psicoterapia foi possível perceber que Eduarda busca se encontrar como pessoa dentro da confusão que impera em seu mundo interno e externo. A jovem tenta conciliar seus desejos de vida com as exigências da família, principalmente da mãe, de quem teme perder o apreço e a consideração. Nessa busca incessante por compreensão e aceitação, a paciente começa a experimentar suas relações familiares e pessoais de maneira mais elaborada e integrada, iniciando uma longa jornada rumo ao autoconhecimento e auto-respeito, sensações até então pouco relatadas pela paciente.

Sua necessidade de realizar a cirurgia transgenitalizadora é evocada como imperiosa e urgente, sempre focada na aparência feminina desejada e não na função sexual que teria a nova genitália. Nesse contexto, é importante não embarcar nessa demanda nem se deixar levar por seu caráter de urgência. Como afirma Lionço (2008), é preciso enfrentar o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais.

Referências

Aran, M. (2005). Transexualismo e cirurgia de transgenitalizaçao: biopoder/ biopotência. *SérieAnis, 39*, 1-4.

Aran, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, 9(1), 49-63.

Aran, M. & Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, *19*(1), 15-41.

Becker, H. S. (2008). *Outsiders: estudos de sociologia do desvio.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Butler, J. & Rios, A. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *19*(1), 95-126.

Cardoso, F. L. (2005). Inversão de gênero: "*drag queens*", travestismo e transexualismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*(3), 421-430.

Lionço, T. (2008) Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis*. Brasília, n. 54, 1-6.

Pinto, J. C. & Bruns, M. A. T. (2003). *Vivência transexual: o corpo desvela seu drama*. Campinas: Átomo.

Próchno, C. C. S. C., Nascimento, M. J. C., & Romera, M. L. C.(2009). *Body building*, travestismo e feminilidade*, Estudos de Psicologia, 26*(2), 237-245.

Toneli, M. J. F. & Becker, S. (2010). A violência normativa e os processos da subjetivação: contribuições para o debate a partir de Judith Butler. *Fazendo Gênero n. 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos.* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

NOVOS ARRANJOS FAMILIARES: A FAMÍLIA HOMOAFETIVA EM FOCO

YURÍN GARCÊZ DE SOUZA SANTOS[98]

FABIO SCORSOLINI-COMIN[99]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[100]

RESUMO

A família, como categoria socialmente construída, é marcada por embates históricos e políticos que a define e redefine. Em um contexto em permanente transformação, a família homoparental vem ganhando visibilidade como forma de ressignificação da relação família-indivíduo-sociedade. O presente estudo teve por objetivo investigar as novas possibilidades de “ser família”, colocando em questão a família homoafetiva. A partir da perspectiva dos próprios protagonistas, tentou-se compreender de que modo a homoparentalidade é construída e vivida em uma sociedade heteronormativa. No formato de estudo de caso, foram entrevistados dois homens, homossexuais e pais. As entrevistas se basearam no método de História de Vida e foram complementadas por questões elaboradas pelos pesquisadores com base na literatura da área. Para os participantes, o “ser pai” vai além da provisão das condições materiais e a paternidade é significada como um fenômeno lastreado nas relações afetivas estabelecidas na díade pai-filho. Nesse contexto familiar, as fronteiras de identidade entre o masculino e o feminino se mostraram mais fluidas e permeáveis, ressignificando os papéis e funções dentro da família. Aponta-se a necessidade de maior empenho das disciplinas que versam sobre a parentalidade, dando voz aos discursos produzidos pelos que vivem em

[98] Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Pesquisador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (FFCLRP-USP). Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP. E-mail: yuringarcez@yahoo.com.br

[99] Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Pesquisador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). E-mail: scorsolini_usp@yahoo.com.br

[100] Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Coordenador do VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (FFCLRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

contextos familiares distintos dos modelos compulsoriamente estabelecidos como normativos pelo contexto social contemporâneo. (FAPESP)

Palavras-chave: homoparentalidade, paternidade, famílias homoparentais.

Introdução

A família se constitui como a instituição mais antiga da sociedade, sendo, também, o primeiro espaço de satisfação das necessidades básicas dos indivíduos e o *locus* de promoção de desenvolvimento da personalidade e da socialização (Salomé, Espósito, & Moraes, 2007). Não obstante, deve-se levar em consideração que a família é uma categoria socialmente construída, resultado de processos históricos e embates políticos que a definem. Nesse cenário de constante transformação, a família homoparental surge como uma modalidade de arranjo familiar que vem conquistando crescente visibilidade nos últimos tempos, ressignificando a relação família-indivíduo-sociedade, uma vez que ela destoa do princípio fundamental que rege o conceito tradicional de família: a diferenciação sexual, isto é, a diferença anatômica entre os sexos (Passos, 2005; Perelson, 2006; Perroni & Costa, 2008).

O modelo familiar nuclear, inspirador da sociedade ocidental, tende a ser visto como natural, imutável e inequívoco, desconsiderando o caráter socialmente construído e, portanto, contingente da noção de família. Esse fato também pode ser observado com relação à homossexualidade que, sendo vista, em nossa sociedade, como o oposto da heterossexualidade naturalizada e compulsória, perde de vista justamente seu aspecto de construção social (Santos & Moscheta, 2006). Em contrapartida, Uziel et al. (2006) afirma que o modelo tradicional está se tornando, cada vez mais, uma experiência minoritária com o surgimento de arranjos familiares distintos da ideia tradicional de família formada exclusivamente a partir de uma relação heterossexual, monogâmica e procriadora. Destaca-se, no presente estudo, a família homoparental, que propicia uma forma alternativa concreta de ser família.

Ampliando-se a noção de família, alarga-se, também, a noção de parentalidade, termo relativamente recente na literatura científica, que surgiu na década de 1960 na França, com o intuito de marcar o processo de construção da relação dos pais com seus filhos (Zorning, 2010). Analogamente, o termo homoparentalidade é um neologismo criado pela Associação de Pais e Futuros Pais *Gays* e Lésbicas em Paris, em 1997 (Perroni & Costa, 2008). Levando-se em consideração a homoparentalidade masculina, deve-se atentar para o fato de que a homossexualidade, assim como a heterossexualidade, refere-

se, unicamente, ao exercício da orientação do desejo sexual de um indivíduo, sendo que a prática das funções parentais não está, em absoluto, vinculado à orientação afetivo-sexual.

O anseio por se inserir em um modelo de família que esteja baseado nos moldes da família nuclear, por meio da conjugalidade homoafetiva, acaba por gerar resistências nos segmentos mais conservadores da sociedade, que são ratificadas pela inexistência de leis que regulem a parceria civil e legitimem a conjugalidade entre indivíduos do mesmo sexo. A questão torna-se ainda mais complexa quando existem filhos envolvidos nesse processo, isto é, quando a questão extrapola os limites da conjugalidade e adentra o campo da parentalidade (Perroni & Costa, 2008). Vale lembrar que tanto o casamento quanto a adoção de crianças por casais homoafetivos já são permitidos por lei na Holanda desde abril de 2001. Recentemente, lei semelhante foi aprovada na Argentina. No Brasil, em 2011, o Supremo Tribunal Federal (STF) emitiu parecer favorável ao reconhecimento da união entre pessoas do mesmo sexo, estendendo ao casal homoafetivo os mesmos direitos antes reservados apenas aos pares heterossexuais (Santos, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013), à exceção do direito de adotar como casal.

No contexto atual, de constantes debates sobre o conceito de família, tornam-se questionáveis, também, os papéis e as funções que cada membro exerce no seio familiar. Na sociedade contemporânea, a função de pai está estritamente relacionada à figura de provedor das condições materiais de subsistência, sendo definido aquele membro que oferece suporte material e proteção à família e que, por outro lado, não apresenta envolvimento direto com os filhos. Assim, os homens mais afastados das tarefas domésticas desempenhariam um papel importante para a constituição do caráter da criança, funcionando como modelo de poder e autoridade a ser internalizado (Freitas et al., 2009; Manzi-Oliveira 2009; Moris, 2008).

Sendo moldada por elementos culturais, econômicos, sociais, de gênero e de etnia, a maneira pela qual um homem se relaciona com seus filhos estabelece e atesta o que é ser homem, além de definir qual é a sua função e seu papel dentro de um determinado contexto. No marco definido pelos elementos até aqui apresentados, a paternidade foi descrita como função masculina, “coisa de homem”, que delineia a identidade no sentido de que, se esse homem é pai, ele é, de fato, homem. Assim, a paternidade afirma e confirma a posse da masculinidade, na medida em que oferece um dos caminhos mais comuns para levar um homem ao universo masculino adulto, enquanto que na mulher a condição feminina é reafirmada pela maternidade. Por ser contestado com certa facilidade

no caso do homem, esse caminho essencialista de mostrar ao mundo que “se é homem” via paternidade é um tanto quanto mais complexo, ainda mais quando o homem em questão é homossexual (Moris, 2008).

Ao considerar esses pressupostos, o presente estudo de caso teve como objetivo investigar as novas possibilidades de “ser família”, colocando em questão a família homoafetiva. Pretende-se, assim, apresentar novas possibilidades de ser família e, consequentemente, de exercício da parentalidade, a partir da perspectiva de seus próprios protagonistas.

Como fundamentação também se tece uma discussão do contexto de construção histórica dos conceitos de paternidade, parentalidade e homossexualidade, mais especificamente na conjunção desses três elementos, que aqui aparece representada na homoparentalidade masculina. Ademais, objetivou-se compreender de que modo a homoparentalidade é construída e vivida em uma sociedade heteronormativa. A hipótese a ser investigada é se esse tipo de parentalidade pode ser vista como uma busca pela desnaturalização do modelo tradicional de família – a família nuclear – que é apresentado como norma e enraizado no imaginário social como única possibilidade correta e possível de constituição familiar.

Método

Este estudo de caso é um recorte de uma investigação mais ampla, que teve o objetivo de investigar os significados atribuídos à homoparentalidade masculina. Levando-se em consideração as configurações familiares que, a cada dia, têm ganhado visibilidade no Brasil, entende-se que o estudo de caso é uma opção metodológica pertinente, uma vez que permite conhecer em profundidade uma realidade ainda pouco explorada em contexto nacional, como já apontado por Santos, Scorsolini-Comin e Santos (2013).

O caso aqui relatado diz respeito às histórias de Paulo e Vinícius (nomes fictícios), dois homens homossexuais, solteiros e pais. O contato com os participantes se deu por meio da rede de contatos profissionais dos pesquisadores. Os dois participantes eram integrantes de um grupo de reflexão comunitário, voltado para a discussão da temática da diversidade sexual.

No caso de Paulo, a experiência da paternidade se deu por meio de um rápido relacionamento heterossexual anterior, o qual gerou um filho biológico, Gustavo, hoje com 16 anos. A entrevista foi realizada na sala da residência do participante, onde, além deste, vivem a mãe do entrevistado e, eventualmente, seu filho.

Já no caso de Vinícius, o processo de filiação se deu por meio da adoção. O participante adotou a filha de uma prima, jovem que na época tinha 17 anos e não apresentava condições de cuidar da criança. A entrevista também foi realizada na sala da casa do participante, que mora sozinho e, eventualmente, recebe a visita de sua filha, Marina, de cinco anos, que vive com uma tia-avó, irmã da mãe de Vinícius.

Tabela 1.

Características sociodemográficas dos participantes e dos filhos

Entrevistado	Idade (anos)	Profissão	Filho(a), idade (anos)
Paulo	40	Auxiliar de enfermagem	Gustavo, 16 anos
Vinicius	39	Fotógrafo	Marina, 5 anos

As entrevistas foram realizadas em um único encontro com cada participante e se basearam no método de História de Vida. Esse método consiste em solicitar ao participante que conte, de forma livre e como melhor lhe parecer, sua história de vida, sem que haja a necessidade de obedecer a uma sequência cronológica dos fatos para construir seu relato. Esse recurso metodológico almeja alcançar uma visão ampliada da vida dos entrevistados, permitindo o conhecimento de aspectos gerais de suas histórias que possam ser relevantes para a análise do material final do estudo. Ao final, com o propósito de complementar os dados fornecidos e caso determinados aspectos não fossem espontaneamente contemplados nas falas dos participantes, foi solicitado que respondessem a algumas questões adicionais elaboradas pelos pesquisadores com base na literatura da área. Foram elaboradas questões relativas a pontos específicos de suas trajetórias de vida, principalmente no que se refere à assunção da homossexualidade, aspectos da vida familiar, suas noções de paternidade e do que eles entendem por família.

As entrevistas foram audiogravadas mediante autorização dos participantes a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tiveram duração de 1h40 e 40min, respectivamente. Posteriormente, os registros foram transcritos na íntegra e literalmente, constituindo, assim, o *corpus* de análise. Em seguida, o material foi submetido à análise de conteúdo na modalidade temática, que permitiu elencar os núcleos de significado que emergiram nos relatos dos participantes.

Resultados

A partir do *corpus* de análise constituído pelas transcrições das entrevistas realizadas, foi possível identificar três eixos temáticos: (1) a construção da sexualidade dos participantes; (2) as relações familiares constituídas ao longo da vida de cada um; e (3) a forma pela qual cada um dos participantes se constituiu como pai.

A história de Paulo: identificar-se para diferenciar-se

No que se refere à construção de sua sexualidade, Paulo afirma que, na tentativa de ser um homem diferente daquele modelo que estava colocado em sua realidade familiar, começou a se relacionar com homens, afetiva e sexualmente, almejando, com isso, "aprender a ser homem". Assim, por meio da imitação, Paulo buscava identificar-se com os homens com os quais se relacionava, distanciando-se do jeito de ser de seu "pai de criação". Paulo queria aprender, com os homens, como se relacionar com as mulheres, ainda que afirme se sentir atraído por pessoas do mesmo sexo desde os seis anos de idade. Desse modo, Paulo acabou por se envolver afetivamente com outros homens e se "apaixonando" pelo universo masculino, até que decidiu assumir sua orientação homoafetiva.

Outro fator relevante na história de vida de Paulo e que é passível de análise diz respeito às relações familiares estabelecidas pelo entrevistado. Paulo foi criado por sua mãe biológica e seu padrasto. É filho biológico do primogênito do patrão de sua mãe. O entrevistado afirma que não conseguia identificar-se com seu pai de criação e, concomitantemente, não era reconhecido como filho de seu pai biológico, tendo, assim, dois pais, mas não se reconhecendo em nenhum deles.

Em contrapartida, Paulo afirma que a figura de sua mãe foi o elemento vital que lhe deu "força e caráter", além de ser a pessoa que o auxilia, hoje em dia, na relação com seu filho, Gustavo. De acordo com o relato do participante, esses aspectos de sua relação com seus pais foram de extrema importância para a construção de sua sexualidade, sendo possível, então, encontrar um paralelo entre os dois primeiros eixos temáticos selecionados para a presente análise, isto é, a relação de Paulo com seus pais tem, de acordo com o entrevistado, consonância com a sua constituição como pai. Dessa forma, o participante afirma tentar transmitir para Gustavo os valores que aprendera em casa, principalmente com sua mãe. Assim, pode-se identificar, em seu relato, a transmissão intergeracional que marcou sua trajetória, dando continuidade à história de sua família.

Para Paulo, ser pai transcende o modelo que está impresso no imaginário social sobre o conceito de paternidade, sendo esta uma experiência única para cada indivíduo. Seguindo essa linha de raciocínio, o participante reconhece, na paternidade, um elo, uma conexão profunda entre pai e filho, que se aproxima, de acordo com a sua percepção um tanto quanto idealizada dessa relação, à magia. Biologicamente, afirma o participante, todos os homens possuem a capacidade de serem pais. Contudo, considera que qualquer tentativa de explicação do sentido de paternidade é muito pobre para significar o que essa experiência é de fato. Ademais, para o entrevistado só se aprende a ser pai quando se está imerso em uma relação de afinidade com o filho, evidenciando, em sua fala, o caráter de construção compartilhada do significado de parentalidade, sendo este unicamente estabelecido na relação pai-filho. Para Paulo, em seus aspectos básicos, não existem diferenças significativas entre a parentalidade exercida por um homem *gay* e a parentalidade exercida por um heterossexual, embora este último seja o modelo reconhecido e legitimado como único e verdadeiro em uma sociedade pautada pela heteronormatividade.

A história de Vinícius: o despertar de um desejo

Os mesmos três eixos temáticos podem ser encontrados a partir da análise da entrevista realizada com Vinícius. Assim, no que diz respeito à construção de sua sexualidade, é possível depreender do relato do participante que esta se deu como um despertar. Vinícius conta que, até seus 21 anos, não tinha se dado conta do seu desejo por homens, afirmando, ao mesmo tempo, que não entendia a reação de seus amigos heterossexuais ao depararem com uma mulher. Mesmo tendo mantido longos relacionamentos heterossexuais, o entrevistado afirma que só foi entender, de fato, a força e o significado do desejo quando olhou para um homem com intenções que iam além de uma relação de amizade. O participante se indaga sobre a origem desse desejo por homens, reconhecendo suas várias relações anteriores com mulheres como expressão de uma possível repressão do seu desejo homossexual.

Para Vinícius, as dificuldades com relação à assunção de sua homossexualidade não estão diretamente relacionadas à orientação sexual, mas sim, ao fato de ser negro. O participante afirma que tinha dificuldade em entender a aproximação das pessoas, se estavam procurando sexo casual ou um relacionamento sério, e atribui essa confusão mais à cor de sua pele (negra) do que ao seu desejo por pessoas do mesmo sexo. As relações familiares estabelecidas por Vinícius ao longo da vida e a forma pela qual o

entrevistado entende família podem ser relacionadas diretamente à forma como construiu o “ser pai” em sua experiência pessoal, o que permite estabelecer uma relação entre dois dos eixos temáticos selecionados para a análise.

O participante afirma, em seu relato, que o mais importante em uma família é o amor, derivando deste o respeito e o carinho, que seriam as bases para as trocas afetivas estabelecidas entre os membros deste grupo. Nesse sentido, atribui seu desejo de ser pai às suas relações familiares solidamente constituídas. Essa relação fica evidenciada nos momentos em que Vinícius se percebe, no decorrer de seu relato, como “egoísta”, ou seja, o participante afirma que tinha muito medo da solidão e atribui esse fato à forma pela qual os relacionamentos em sua família são estabelecidos, sempre pautados em estreita proximidade e contato afetivo, derivando daí o seu desejo pela paternidade.

É interessante notar que, no caso de Vinícius, parece não existir, até o momento da entrevista, a preocupação por parte do participante quanto à assunção de sua homossexualidade. O entrevistado afirma que seu núcleo familiar mais próximo, formado pela mãe e irmã, é consciente de seu desejo homoafetivo e de suas relações com outros homens, entretanto, o resto da família não tem conhecimento sobre esse aspecto de sua vida, incluindo sua filha. Vinícius tampouco mostra preocupação com a eventual descoberta de sua condição homossexual por parte da filha, afirmando que, para ele, a assunção acontecerá naturalmente com o passar dos anos. Assim, um aspecto relevante que emerge na entrevista com Vinícius é a forma particular que o *assumir*-se *gay* (*coming out*) pode adquirir. Esse participante revela sua condição apenas para algumas pessoas seletas de sua rede social, de forma que o modo como ele exerce os cuidados parentais está atravessado por esse “segredo” (o dispositivo do “armário”) que é mantido na relação com a filha.

Conclusões

Os significados que os participantes atribuem à experiência da paternidade, ainda que com diferenças marcantes entre Paulo e Vinícius, apresentam uma visão ampliada do conceito de paternidade, uma vez que, para eles, a paternidade extrapola o papel tradicional de provedor e mantenedor das condições materiais que medeiam a relação pai-filho e, mais do que isso, está baseada nas relações afetivas estabelecidas nessa díade. A parentalidade é significada como mais relacionada aos aspectos afetivos, o que condiz com um modelo mais recente de família, no qual as fronteiras de identidade entre

o masculino e o feminino se mostram fluidas e permeáveis (Negreiros & Féres-Carneiro, 2004).

Levando-se em consideração o discurso apresentado pelos entrevistados e a multiplicidade atual de arranjos e configurações familiares – e, nesse quadro, as transformações recentes que atravessam o campo social e jurídico, de acordo com Dias (2003) – fica evidente que a paternidade na contemporaneidade deixa de ser estritamente biológica para se tornar socioafetiva.

A partir da análise das entrevistas e do conteúdo das discussões com a literatura, aponta-se a necessidade de um maior empenho das disciplinas que versam sobre a parentalidade, como a psicanálise, o direito e a antropologia, no sentido de que os discursos dos que vivem em contextos de configurações familiares distintas daqueles modelos estabelecidos como norma na sociedade possam também ser legitimados como válidos e possíveis. Dar visibilidade a essas novas possibilidades de ser família faz com que elas alcancem notoriedade e, assim, possam contribuir para desconstruir conceitos enraizados no imaginário social. O caráter socialmente construído da noção de família, da parentalidade e da própria homossexualidade, pode ser evidenciado nos discursos produzidos pelos protagonistas investigados no presente estudo, refletindo a construção de um novo conceito, a homoparentalidade, que por sua vez está ancorada na percepção dos próprios indivíduos que a exercem. Ademais, os relatos obtidos nesta investigação dão testemunho da desatualização dos discursos considerados hegemônicos, que ainda privilegiam o modelo de família nuclear burguesa e heterossexual.

É importante salientar que afirmar a existência de novas formas de ser família não significa o mesmo que dizer que o modelo tradicional de família esteja deixando de existir, mas apenas que novas possibilidades estão surgindo no cenário contemporâneo (Passos, 2005) e que estas demandam o olhar das disciplinas que se propõem a discuti-las. Ou seja, a teoria deve acompanhar a dinâmica mutante da realidade e estar pautada na prática individual, na singularidade que compõe cada caso, para que a legitimação da diferença ocorra e para que não sejam produzidos discursos que endossem exclusões, preconceito e discriminação, que cristalizem padrões estereotipados de pensamento. O importante é que se atente para o fato de que os novos arranjos familiares devem ser examinados, assim como o padrão tradicional de família, como possibilidade legítima para aqueles que a vivenciam, deixando de lado discursos patologizantes e preconceituosos sobre essas formas de ser e viver em família.

Referências

Dias, M. B. (2003). Paternidade homoparental. In *Direito de Família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia.* Rio de Janeiro: Imago.

Freitas, W. M. F., Silva, A. T. M. C., Coelho, E. A. C., Guedes, R. N., Lucena, K. D. T., & Costa, A. P. T. (2009). Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Revista de Saúde Pública*, *43*(1), 85-90.

Grossi, M. P.(2003). Gênero e parentesco: famílias *gays* e lésbicas no Brasil*. Cadernos Pagu*, *21*, 261-280.

Manzi-Oliveira, A. B. (2009). *Adoção por casais homoafetivos: relato de seus protagonistas.* Monografia de conclusão do Programa de Optativo de Bacharelado em Psicologia, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Moris, V. L. (2008). *Preciso te contar? Paternidade homoafetiva e a revelação para os filhos.* Tese de Doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Negreiros, T. C. G. M., & Féres-Carneiro, T. (2004). Masculino e feminino na família contemporânea*. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 4*(1), 34-46.

Passos, M. C. (2005). Homoparentalidade: uma entre outras formas de ser família. *Psicologia Clínica*, *17*(2), 31-40.

Perelson, S. (2006). A parentalidade homossexual: uma exposição do debate psicanalítico no cenário francês atual. *Estudos Feministas*, *14*(3), 709-730.

Perroni, S., & Costa, M. I. M. (2008). Psicologia clínica e homoparentalidade: desafios contemporâneos*. Fazendo Gênero 8: Corpo, violência e poder*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Salomé, G. M., Esposito, V. H. C., & Moraes, A. L. H.(2007). O significado de família para casais homossexuais*. Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(5), 559-563.

Santos, M. A. & Moscheta, M. S. (2006). Metáforas da vida a dois: sentidos do relacionamento conjugal produzidos por um casal homoafetivo. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, *17*, 217-232.

Santos, Y. G. S., Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2013). Homoparentalidade masculina: revisando a produção científica. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26*(3), 572-582.

Uziel, A. P., Andrade, R., Antonio, C. A. O., Ferreira, I. T. O., Machado, R. S., Medeiros L. S. M., Moraes, M. B., & Tavares, M. (2006). Parentalidade e conjugalidade: aparições no movimento homossexual. *Horizonte Antropológico*, *12*(26), 203-227.

Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico, 42*(2), 453-470.

SOBREVIVER AO CÂNCER DE MAMA: MUDANÇAS VIVIDAS PELA MULHER MASTECTOMIZADA AO LONGO DOS ANOS

JANAÍNA DE FÁTIMA VIDOTTI[101]

FABIO SCORSOLINI-COMIN[102]

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS[103]

Resumo

O câncer de mama e seus tratamentos exercem forte impacto sobre a vida das mulheres acometidas, produzindo repercussões tanto físicas quanto psicológicas que se estendem ao longo dos anos. Este estudo tem por objetivo identificar as principais mudanças ocorridas na vida da mulher mastectomizada anos após o diagnóstico e o término do tratamento. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de corte transversal e apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa. Participaram 12 mulheres que haviam sido submetidas à cirurgia de mama havia mais de cinco anos. Os instrumentos utilizados foram: Técnica da História de Vida e roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra, e seu conteúdo submetido à análise de conteúdo temática. A análise dos dados foi realizada com base na revisão da literatura produzida na área. Observou-se que a presença de consequências físicas tardias, que consistem basicamente em dor e inchaço do braço, acarretam prejuízos na funcionalidade que impõem limitações importantes no cotidiano, além de mudanças no estilo de vida. Também foram verificadas alterações importantes na vida sexual de algumas mulheres, que vão desde a diminuição da atividade sexual até ausência completa de relações.

[101] Aluna do curso de graduação em Psicóloga da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP, processo nº 2012/11945-3. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: liliancostapsico@gmail.com

[102] Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Uberaba, MG. Pós-doutorando da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. Pós-doutorando da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: scorsolini_usp@yahoo.com.br

[103] Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Conclui-se que, mesmo tendo decorridos anos do diagnóstico, as sobreviventes ao câncer de mama continuam experimentando significativo sofrimento decorrente dos efeitos tardios da doença e de seus tratamentos. As alterações são persistentes e incidem em diversos domínios de suas vidas. Tais sequelas impactam tanto o âmbito físico quanto psicológico e social. Deve-se atentar para esses domínios que ainda se encontram prejudicados, para que se possa oferecer suporte psicossocial e médico contínuo às mulheres que se encontram nesta condição.

Palavras-chave: neoplasia da mama, mastectomia, sobrevivência, função sexual.

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, correspondendo a 22% dos casos novos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2014). Dentre os tratamentos preconizados, a cirurgia para retirada do nódulo mamário implica na mutilação de um órgão que está relacionado simbolicamente à feminilidade, sexualidade e maternidade, provocando uma ruptura na autoestima e no reconhecimento das mastectomizadas como mulheres (Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2009). Considera-se que esse evento traumático pode produzir cicatrizes físicas e psicológicas na mulher acometida, impactando e alterando sua qualidade de vida (Vidotti, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013), principalmente em termos da organização da vida cotidiana, familiar e social, o que implica, sobretudo, na necessidade de se adaptar às novas condições de existência e a uma nova identidade (Bergamasso & Ângelo, 2001).

Além do impacto causado pelo diagnóstico e pelos tratamentos agressivos e invasivos, a literatura científica aponta que algumas implicações do câncer de mama e de sua terapêutica podem se estender a longo prazo, repercutindo na qualidade de vida das mulheres expostas, mesmo decorridos anos da doença ter sido considerada curada (Dorval et al., 1998). De acordo com a *American Cancer Society* (2011), as sobreviventes ao câncer de mama de longo termo são aquelas mulheres que sobreviveram por cinco ou mais anos após o diagnóstico e o consequente tratamento.

As principais consequências identificadas por estes estudos que abordam, principalmente, a qualidade de vida das sobreviventes ao câncer ao longo dos anos, dizem respeito a prejuízos na funcionalidade da mulher mastectomizada, resultantes,

principalmente, dos problemas relacionados ao comprometimento da amplitude de movimento do braço homolateral à cirurgia do câncer de mama, decorrentes do linfedema, que é uma complicação crônica que pode advir devido à dissecção dos nódulos axilares, bem como problemas relacionados à função sexual. Tais condições adversas influenciam de maneira significativa o desempenho funcional da mulher mastectomizada, impactando sua vida e identidade pessoal, social e profissional (Dorval et al., 1998; Ganz, 2002; Mandelblatt et al., 2003).

Objetivo

Este estudo teve por objetivo identificar as principais mudanças ocorridas na vida da mulher mastectomizada anos após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, de corte transversal e apoiado na abordagem qualitativa de pesquisa. Participaram deste estudo 12 mulheres mastectomizadas que passaram pela cirurgia de mama (mastectomia total ou parcial) havia mais de cinco anos. Destas participantes, nove foram recrutadas em um serviço de reabilitação de mulheres mastectomizadas (REMA-EERP-USP) e três foram contatadas a partir da rede social dos pesquisadores. As participantes tinham idades entre 51 e 87 anos (idade média = 66,6 anos, DP = 11,6) e o tempo de sobrevida variou de 7 a 37 anos (média = 16,4 anos, DP = 9,4).

Os instrumentos utilizados foram: Técnica de História de Vida, na qual se solicita ao respondente que descreva, com as suas próprias palavras e do modo como julgar mais conveniente, a sua história de vida até o momento (Meihy & Holanda, 2010), e um Roteiro de Entrevista Semiestruturada, composto por questões elaboradas pelos pesquisadores com base na literatura, especificamente para atender aos objetivos deste estudo. O roteiro foi composto por questões que abordavam aspectos da vida das mulheres mastectomizadas ao longo dos anos após o término do tratamento.

As entrevistas foram audiogravadas mediante o consentimento das participantes e transcritas na íntegra. Posteriormente, foram analisadas em profundidade, destacando-se,

em um primeiro momento, os eixos temáticos encontrados a partir das falas de cada um dos respondentes em uma *análise vertical* do material. Posteriormente, procedeu-se à *análise horizontal* de todas as entrevistas, que permitiu destacar os pontos de convergência e divergência entre as mesmas. Os dados foram interpretados com base na literatura produzida na área.

Resultados

A partir dos resultados obtidos, foi possível constatar que são diversas as mudanças percebidas ao longo dos anos, ocasionadas pela vivência do câncer e de seus tratamentos. Percebeu-se que várias dessas alterações são compartilhadas por todas as mulheres, enquanto que algumas são próprias de cada participante. Uma considerável mudança apontada por quatro das participantes, mas que perpassa o discurso de quase todas as demais sobreviventes entrevistadas concerne à sensível diminuição do nível geral de atividades e às alterações no cotidiano causadas pelas consequências físicas crônicas da cirurgia, que correspondem basicamente a dores e inchaço no braço ou ao prenúncio desses sintomas.

Esses prejuízos são resultantes da dissecção axilar, que rompe a vias de circulação do sistema linfático, o que causa inchaço, dor e restrição dos movimentos, sugerindo ser este um problema bastante presente na vida das sobreviventes ao câncer. O comprometimento da funcionalidade impõe dificuldades de realização das atividades outrora exercidas plenamente, constituindo outra importante mudança decorrente dos efeitos perniciosos do tratamento oncológico que persiste ao longo dos anos, produzindo perturbações na vida cotidiana e profissional, aludidas diretamente por duas participantes. Devido às dificuldades relacionadas à movimentação do braço, algumas mulheres têm de interromper as atividades que exerciam anteriormente que envolviam esforço físico, o que repercute diretamente em sua vida familiar e profissional.

Outra mudança de longo termo, também relacionada às consequências físicas advindas dos tratamentos realizados, diz respeito à constante necessidade de adotar precauções e cuidados com o braço homolateral à cirurgia, para evitar o edemaciamento ou infecções, já que a resposta imunológica desse membro do corpo encontra-se comprometida. Essa preocupação prevalece na fala de quatro das participantes.

Observou-se que muitas das mulheres têm necessidade ou são aconselhadas a tomarem determinados cuidados com o braço, principalmente devido aos prejuízos na circulação linfática causados pela dissecção axilar durante a cirurgia de retirada do tumor mamário. Tal condição de vulnerabilidade implica, em alguns casos, na necessidade de adotar algumas outras mudanças no cotidiano de tais mulheres, como, por exemplo, a necessidade de solicitar ajuda para a realização de determinadas tarefas domésticas ou de autocuidado. Essa consequência da doença foi apontada por três entrevistadas.

Além dessas mudanças resultantes das condições físicas impostas pelo modo de vida exigido no pós-tratamento, foram comuns os relatos de transformações em nível subjetivo, caracterizadas por alterações nos modos de ver a si própria e os outros. Dentre as mudanças pessoais relatadas, figuram um novo olhar para as dificuldades dos outros, a revalorização de alguns aspectos da vida antes consideradas menos relevantes, a maior proximidade e intensificação das relações familiares, maior cuidado consigo mesmas, amadurecimento emocional, ficar mais compreensiva e paciente, preocupar-se menos, ter maior (re)conhecimento e valorização de si.

A maior parte das mudanças parece ser fruto de uma experiência particular e certamente expressa o modo singular como as participantes ressignificaram a árdua e exaustiva experiência de ter a vida atravessada por um câncer de mama. Isso sugere que elas passam a lançar um olhar crítico aos comportamentos apresentados antes da doença, o que exige que efetuem certos remanejamentos não apenas nos seus hábitos de vida, mas também no seu modo de ser e estar no mundo. Nesse sentido, sugere-se que tais mudanças de cunho existencial podem ter sido desencadeadas pelo sentimento de proximidade com a finitude, maximizado pela experiência do câncer. Para todas as participantes, a doença funcionou como um ponto de inflexão sem suas trajetórias de vida. Para algumas, representou também a rota de volta à simplicidade, à valorização das coisas modestas, à singeleza das pequenas dádivas do cotidiano.

Outra mudança apontada por duas entrevistadas diz respeito às alterações na administração da casa e na reorganização do espaço das relações familiares. Ambas relataram mudanças ocorridas no meio familiar relacionadas ao estilo de vida e à redistribuição de papéis a partir da ocorrência do câncer. Isso significa que a doença, um acontecimento crítico que quase as tirou da rota da vida, também pode ter funcionado como um catalisador de mudanças na esfera das interações familiares, induzindo maior divisão de funções e tarefas domésticas.

Outra transformação considerável relatada por algumas participantes diz respeito à alterações do investimento na imagem corporal. Nos casos em que houve incremento do investimento, considera-se que isso se deu em um movimento de compensação daquilo que foi denominado por uma das participantes de "falha" de autocuidado. Essa participante conta que passou a investir nas partes intactas que "sobraram" de seu corpo, em uma tentativa saudável de auferir outros meios de satisfação com sua experiência corporal. Em uma direção oposta encontra-se o relato de redução do investimento na imagem corporal, uma vez que os impactos negativos no corpo foram motivos para uma redução na valorização da imagem corporal, muito provavelmente por não se vislumbrar formas eficazes de compensar as múltiplas perdas advindas da mastectomia total. Nesses casos, a deformidade imposta pelas intervenções agressivas e mutiladoras repercute intensamente no plano da reorganização da imagem corporal, limitando as possibilidades de ressignificação e reparação dos danos infligidos à subjetividade feminina.

Além dessas alterações no plano da identidade, foram mencionadas algumas consequências dos tratamentos realizados contra o câncer sobre a vida sexual da mulher. Dentre os efeitos adversos, foram bastante proeminentes a diminuição da atividade sexual pós-mastectomia, que emergiu no relato de três das 12 participantes. Em dois dos casos, a condição foi atribuída ao afastamento do marido diante do adoecimento da esposa, enquanto que outra entrevistada relacionou o esfriamento da vida erótica à diminuição da sensação de prazer no ato sexual. A ausência completa de relacionamento sexual no período pós-câncer foi relatado por uma das entrevistadas. Em contraposição a esses dados, cindo das oito participantes que abordaram o tema afirmaram não ter havido alteração da vida sexual após o câncer.

Discussão

Como pôde ser percebido no exame dos resultados obtidos no presente estudo, as consequências das alterações decorrentes da cirurgia da mama (inchaço, dores no braço, perda da força, diminuição da amplitude de movimentos) trazem o risco da incapacitação ou, no mínimo, da diminuição da funcionalidade, resultando em prejuízos persistentes à imagem corporal. Além dos efeitos desruptivos que incidem sobre o plano psicológico, essas mudanças resultam em alterações na vida cotidiana da mulher mastectomizada,

como o fato de não mais conseguirem realizar algumas das atividades de que eram capazes anteriormente à doença, o que as faz muitas vezes ter de solicitar ajuda, tornando-se dependentes de cuidados e atenção. Soma-se a isso o constante cuidado que devem manter para evitar outras possíveis consequências negativas, como não realizar atividades físicas em excesso, não aferir pressão no braço afetado, não pegar peso e não fazer movimentos repetitivos com esse membro. Tais consequências físicas podem provocar alterações na vida cotidiana das mastectomizadas, como a diminuição do ritmo de trabalho e da produtividade, conforme relatado em muitos dos casos investigados neste estudo, impactando, inclusive, a vida profissional de tais mulheres.

Esses dados são corroborados por Mols, Vingerhoets, Coerbergh e Poll-Franse (2005), que apontam que algumas sobreviventes ao câncer de mama de longo termo continuam experienciando queixas substanciais em decorrência da doença e dos efeitos perniciosos de seus tratamentos vários anos mais tarde, como inchaço e dores no braço homolateral à cirurgia. Também de acordo com Mandelblatt et al. (2003), um dos fatores que causam maior impacto negativo a longo prazo em mulheres mais velhas submetidas à mastectomia consiste na dissecção do nódulo axilar, uma vez que esse procedimento realizado no ato cirúrgico da mastectomia resulta em muitos problemas no braço, como dores, perda de força, redução da amplitude de movimentos, impactando de modo significativo a funcionalidade da mulher, com reflexos na sua vida diária.

Além dessas alterações ocasionadas pela condição física, as entrevistadas reportam outros tipos de transformação, mais relacionadas ao seu modo de vida, como mudanças no modo de ver a si e o mundo, revalorização de alguns aspectos da vida, mudanças nas relações familiares, e mudanças no modo de ser, como tornar-se mais paciente, preocupar-se menos e cuidar mais de si, o que pode ser compreendido como tendo ocorrido diante da intensa experiência de se descobrir com câncer. Essa vivência é claramente relacionada pelas pessoas de modo geral à ideia de *perda.* Na verdade, são perdas de várias ordens: do *status* de saúde e bem-estar anteriormente usufruído, da linha de continuidade da existência, do horizonte dos planos e sonhos projetados no futuro e, principalmente, do falso sentimento de vulnerabilidade. Essas experiências impactantes podem mobilizar uma ampla revisão de valores, crenças e projetos de vida. Nesse sentido, é possível apontar para diversas mudanças ocorridas no existir das sobreviventes. Mudanças que são impulsionadas pela convivência com o câncer de mama e suas inevitáveis consequências. Assim, algumas decorrências podem ser

consideradas positivas, uma vez que envolvem ganhos e benefícios que tornam mais rica a vida dessas mulheres.

Estudo realizado por Oliveira e Monteiro (2004) aponta que, para as mulheres que haviam passado por essa experiência, a doença atuou como motivadora para a mudança, resultando em oportunidade para o crescimento emocional. Além disto, Mols, Vingerhoets, Coerbergh e Poll-Franse (2009) detectaram que algumas sobreviventes ao câncer de mama relataram mais influências positivas nos domínios de suas vidas em decorrência da doença do que repercussões negativas, mostrando que foram capazes de extrair mais benefícios do que se fixar nas dificuldades inerentes à experiência traumática. Mezzomo e Abaid (2012) apontam que, em relação às vivências subjetivas positivas que as entrevistadas vivenciaram em decorrência da experiência com o câncer de mama, foi possível verificar mudanças significativas quanto às atitudes e valores adotados, com ênfase em novas formas de pensar e lidar com as situações adversas da vida. Para as referidas autoras, essa reconstrução do modo de pensar é possibilitada pela revisão de seus valores, o que faz com que pacientes oncológicos adquiram uma nova capacidade de se adaptarem às situações adversas.

Também Ruini, Vescovelli e Albieri (2012) verificaram que, apesar de serem identificados níveis elevados de ansiedade e depressão relacionados à característica da doença de afetar a capacidade da mulher gerenciar as atividades diárias e seus papéis funcionais, as sobreviventes ao câncer de mama podem apresentar elevado crescimento pós-traumático, relacionado, principalmente, às mudanças espirituais e à valorização da vida.

Além dos estudos mencionados, Melo, Silva e Fernandes (2005) mostraram que a experiência do câncer de mama, apesar de impor, inicialmente, forte impacto sobre os membros da família, mostrou-se adaptativa na maioria dos casos estudados, uma vez que a presença da doença fortaleceu o elo de união afetiva entre os familiares, capaz de promover certas mudanças na dinâmica familiar e um estreitamento dos laços afetivos. Essas consequências favoráveis também foram notadas em outros estudos referidos anteriormente. Mandelblatt et al. (2003) mostraram, inclusive, que a qualidade do cuidado recebido pela mulher mastectomizada está associada a um melhor estado físico e mental e ao menor impacto do câncer de mama no longo prazo.

Diante dos resultados obtidos em relação aos aspectos sexuais, é possível apontar para diferentes intensidades de impacto da doença no exercício da sexualidade, que vão desde um impacto nulo ou mínimo frente à sua ocorrência, até uma influência completa e, em alguns casos, devastadora. Cesnik e Santos (2012b) apontaram que os desconfortos físicos (falta de lubrificação vaginal, dor na relação sexual – dispaurenia, fadiga, ondas de calor, fogacho, dentre outros sintomas), decorrentes dos tratamentos para o câncer de mama e da menopausa precoce induzida pela quimioterapia, foram comumente mencionados como justificativa para diminuição do desejo e da frequência de relações sexuais, o que, segundo Ganz et al., pode se estender ao longo dos anos, contribuindo substancialmente para depreciar a qualidade de vida a longo termo. Dessa maneira, a cirurgia mamária também tem impacto na sexualidade feminina, evidenciado pela estreita relação encontrada entre desconfortos físicos e as dificuldades de retomada das atividades sexuais após a cirurgia de retirada da mama (Cesnik & Santos, 2012a, 2012b).

De acordo com a revisão de literatura sistematizada por Cesnik e Santos (2012a), apenas uma minoria de mulheres mastectomizadas relatou que o câncer e seus tratamentos não provocaram alterações em sua vida sexual. Entretanto, no presente estudo, a não alteração da vida sexual foi relatada por metade das mulheres que se manifestaram a respeito de sua vida sexual (quatro não abordaram a questão), o que pode ser entendido tanto como uma característica da amostra quanto como um reflexo da progressiva redução dos efeitos negativos do câncer na vida sexual com o passar dos anos. Também é preciso considerar o declínio natural da frequência de relações sexuais que os casais experimentam com o avanço da idade.

Considerações finais

A partir do exame meticuloso dos resultados encontrados constata-se que, mesmo decorridos anos da realização da cirurgia e das demais modalidades de tratamento antineoplásico, algumas repercussões advindas da experiência com o câncer de mama ainda se fazem presentes em mulheres mastectomizadas. Algumas consequências provavelmente continuarão a se evidenciar por toda a vida. É possível concluir, portanto, que as sobreviventes ao câncer de mama continuam experimentando significativo sofrimento decorrente dos efeitos tardios da doença e de seus tratamentos em diversos

domínios de suas vidas – pessoal, familiar, social, profissional e sexual, mesmo decorridos anos desde o diagnóstico e os tratamentos.

O profissional de saúde deve atentar para esses domínios que ainda se encontram prejudicados a longo termo, para que possa oferecer o suporte médico, psicológico e social adequado às mulheres que vivem nessas condições, de modo a acolher seus desconfortos e amparar suas dores. Também é necessário repensar as atuais formas de tratamento, para que as consequências elencadas possam ser evitadas ou reduzidas futuramente.

Por fim, pode-se apontar que as sequelas impactam tanto o âmbito físico quanto psicológico e sociofamiliar da mulher mastectomizada, o que justifica a intervenção do psicólogo e sua inclusão na equipe multiprofissional, especialmente para cuidar dos aspectos psíquicos subjetivos e intersubjetivos relacionados a tal condição. Os relatos das mulheres que participaram do presente estudo evidenciaram que é preciso apoiá-las, ajudando-as a manter acesa a esperança não apenas de viverem mais, como também de viverem melhor. É preciso dar-lhes uma chance para que possam estar abertas para viverem seu presente em transformação, rumo um futuro repleto de possibilidades.

Referências

American Cancer Society (2011). *Cancer facts and figures-2011*. Atlanta. Recuperado em 19 ago. 2011, de <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveilance/documents/document/acspc-029771.pdf>.

Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *47*(3), 277-282.

Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012a). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(2), 339-349.

Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012b). Do the physical discomforts from breastcancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*(4), 1001-1008.

Dorval, M., Maunsell, E., Deschbnes, L., Brisson, J., & Mâsse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology, 16*(2), 487-494.

Instituto Nacional do Câncer [INCA] (n.d.) *Tipos de câncer: mama*. Recuperado em 8 de janeiro, 2014, de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.

Ganz, P. A., Desmond, K. A. D., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute, 94*(1), 39-49.

Mandelblatt, J. S., Edge, S. B., Meropol, N. J., Senie, R., Tsangaris, T., & Grey, L. (2003). Predictors of long-term outcomes in older breast cancer survivors: Perceptions versus patterns of care. *Journal of Clinical Oncology, 21*(5), 855-863.

Meihy, J. C. S. B., Holanda, F. (2010). História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto.

Melo, E. M., Silva, R. M., & Fernandes, A. F. C. (2005). O relacionamento familiar após a mastectomia: Um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, *51*(3), 219-225.

Mezzomo, N. R., & Abaid, J. L. W. (2012). O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa, 6*(1), 40-49.

Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer, 41*(17), 2613-2619.

Mols, F., Vingerhoets, A. J. J. M., Coebergh, J. W. W., & Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors, *Psychology & Health, 24*(5), 583-595.

Oliveira, M. M., & Monteiro, A. R. M. (2004). Mulheres mastectomizadas: Ressignificação da existência. *Texto & Contexto Enfermagem*, *13*(3), 401-408.

Ruini, C., Vescovelli, F., & Albieri, E. (2012). Post-traumatic growth in breast cancer survivors: new insights into its relationships with well-being and distress. *Journal of*

Clinical Psychology in Medical Settings. Recuperado em 20 junho, 2013, de http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10880-012-9340-9341.

Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: Negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *14*(1), 41-50.

Silva, T. B. de C., Santos, M. C. L., Almeida, A. M., & Fernandes, A. F. C. (2010). Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, *44*(1), 113-119.

Vidotti, J. F., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: análise da produção científica. *Psicologia: Teoria e Prática, 15*(3), 49-68.

CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA ELEMENTAR À COMPREENSÃO DA DINÂMICA EXISTENCIAL DE ATLETAS LESIONADOS EM TRATAMENTO

GIOVANNA PEREIRA OTTONI[104]

CRISTIANO ROQUE ANTUNES BARREIRA[105]

Resumo

A dor proveniente da ocorrência de lesões no esporte de alto rendimento tem um alcance existencial que nasce da experiência de um projeto de vida interrompido ou mesmo perdido. Após uma investigação de cunho fenomenológico que buscou compreender a experiência vivida por atletas lesionados em tratamento e afastados da prática, pretende-se apresentar articulações entre os resultados encontrados e o conceito de Experiência Elementar conforme desenvolvido por Mahfoud (2012). As entrevistas realizadas no primeiro estudo desvelaram uma experiência de dor que se manifestou, com prevalência, como ameaça a esse projeto existencial. Verbalizada de modo genérico e impessoal, assinalou um direcionamento dos atletas rumo à convicção de um futuro positivo, substituindo a incerteza do momento vivido pela certeza dos prognósticos definidos e do retorno à prática esportiva. Na discussão, nota-se que a escolha por evitar as provocações da experiência dramática em que se encontram pode gerar uma alienação da mesma e uma fuga do compromisso com a realidade nos seus fatores integrais. À luz da experiência elementar este poderia ser o foco do trabalho a ser realizado pelo psicólogo dentro de um relacionamento dialógico com o atleta, solicitando-o a um juízo pessoal e um posicionamento autêntico frente à realidade.

Palavras-chave: Dor, atletas, fenomenologia, experiência elementar, lesão esportivo.

O esporte de alto rendimento vem sendo estudado por pesquisadores de todo o mundo, interessados em diferentes aspectos que a sua prática abrange. Dentre estes objetos de estudos está a lesão esportiva e o período necessário de tratamento visando o retorno efetivo à prática.

A ocorrência frequente de lesões neste âmbito tem desafiado especialistas de diferentes áreas do conhecimento e o psicólogo passa a ganhar cada vez mais espaço

[104] Graduanda no curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP).
[105] Psicólogo, Doutor em Psicologia, Professor Associado da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP).

frente à problemática (Markunas, 2003, 2007, 2012; Rubio & Moreira, 2007; Rubio, 2007; Weiberg & Gould, 2008; Ottoni, Ranieri & Barreira, 2008; Martínez, 2008; Abenza, Omedilla, Ortega, Ato & García-Mas, 2010; Silva, Rabelo & Rubio, 2010). Nota-se que os esforços de pesquisas em psicologia estão voltados à busca pela compreensão e intervenção mais eficazes para a recuperação do atleta, buscando trazer à tona os fatores psicológicos associados à ocorrência/prevenção e à reabilitação de lesões esportivas.

Historicamente, Podlog e Eklund (2007) apontam que a complexidade desse fenômeno acabou por mobilizar estudos voltados para os aspectos psicossociais da lesão esportiva, fazendo valer um olhar sociológico e antropológico da saúde frente aos modelos hegemônicos que vigoravam até então. Esta consideração inova com relação ao paradigma biomédico que fundamentava as pesquisas nesse campo, mudança diretamente atrelada à crescente valorização do mercado esportivo – patrocínios, competitividade, ênfase na *performance*, etc – que, conforme afirmam Waddington, Loland e Skirstad (2006), tornou a lesão um fator preocupante com implicações não apenas para a medicina do esporte. Os mesmos autores argumentam que a insuficiência do modelo tradicional começou a vir à tona pela necessidade evidente de se considerarem os componentes sociais e culturais da experiência, tomando-os como fundamentais na compreensão do significado que a mesma assume para cada atleta nos variados contextos de referência.

A partir da literatura é possível verificar que os desdobramentos das pesquisas têm levado à elaboração de uma série de modelos e estratégias de intervenção, bem como a direcionamentos para a atuação do psicólogo (Abenza et. al., 2010). Um exemplo clássico da área pode ser encontrado nos trabalhos de Weinberg e Gould (2008), quando os autores enumeram alguns princípios a serem considerados durante a fase de reabilitação, por exemplo, a (1) demonstração de empatia com o atleta lesionado; (2) esclarecimentos a respeito da lesão e do processo de recuperação; (3) aprendizagem, por parte do atleta, de habilidades psicológicas específicas de controle – estabelecer metas, uso de estratégias de diálogo interior, visualização/mentalizações e relaxamento; (4) preparo para lidar com retrocessos; (5) apoio social de amigos, pessoas queridas, técnico, entre outros; e (6) observar recomendações de outros atletas lesionados. Também tem sido recorrente a indicação de medidas consideradas mais eficazes para uso durante o tratamento, dentre elas o estabelecimento de metas, as visualizações e os relaxamentos (Scala, 2000; Weinberg & Gold, 2008; Silva, Rabelo & Rubio, 2010), diretamente

relacionadas aos modelos teóricos desenvolvidos na área principalmente nestas últimas três décadas (Abenza et. al., 2010).

Por outro lado, dentre os desafios indicados pela literatura atual, encontra-se ainda presente a colocação de Brewer (1994) quando afirma ser "essencial uma abordagem teórica que maximiza a atenção às diferenças individuais em lidar com as lesões atléticas" (p.97, tradução nossa). Trata-se de uma ênfase no sujeito que vive a experiência (Loland, 2006; Lurie, 2006; Roessler, 2006), tomando-o como ponto de partida determinante para atuação e intervenção do psicólogo.

Reconhece-se a necessidade de se considerar uma atuação profissional que esteja vinculada aos conhecimentos que iluminam a experiência que estes sujeitos vivem na condição imposta pela lesão (Ottoni, Ranieri & Barreira, 2008). Nesse sentido, a Psicologia tem se mostrado cada vez mais uma fonte de recursos, ampliando o interesse de pesquisadores em buscar as contribuições deste domínio científico a respeito das experiências constantes de lesão vividas por atletas.

Segundo Lurie (2006), destaca-se que

> de acordo com o modelo fenomenológico, ser um atleta tem a ver com uma forma inteiramente diferente de encontrar o mundo e, deste modo, uma lesão esportiva não é meramente algo que atrapalha um atleta a cumprir um objetivo ou satisfazer uma aspiração (...). Uma lesão esportiva é responsável por alterar o caminho que um paciente-atleta encontra seu mundo, freqüentemente no contexto das suas mais importantes e significativas experiências (p. 208, tradução própria).

É essa alteração existencial que o método fenomenológico – referenciado por Edith Stein e Edmund Husserl – ajuda a elucidar com sua proposta de dedicar-se a compreender o fenômeno em seu modo essencial de mostrar-se na experiência.

Após a realização de um estudo de cunho fenomenológico, obteve-se um material denso composto por 20 entrevistas com atletas lesionados que se encontravam em tratamento e afastados da prática. Notou-se como essa densidade dos relatos solicitava uma atenção cada vez maior aos elementos que emergiam: *vontade*, *incerteza*, *medo*, *escolha*, *sofrimento*, *confiança*, *paciência*, *tristeza*, *raiva*, *culpa*, *percepção do próprio*

corpo, entre outros. A experiência de dor e sofrimento vivida pelos atletas nessa condição começou a se mostrar sob estes termos, dentro de uma dinâmica ao mesmo tempo universal e particular (relativa a dado fenômeno e a dada pessoa que o vivencia, respectivamente).

Nesse sentido, após essa primeira investigação, o objetivo deste trabalho é apresentar articulações entre os resultados encontrados e o conceito de Experiência Elementar conforme desenvolvido por Mahfoud (2012).

A abordagem da *Experiência Elementar* fundamenta-se na afirmação de que

> Todas as experiências da minha humanidade e da minha personalidade passam pelo crivo de uma 'experiência original', primordial, que constitui o meu rosto ao confrontar-me com tudo [... ao] comparar cada proposta com esta 'experiência elementar'. (...) Trata-se de um conjunto de exigências e evidências com as quais o homem é lançado no confronto com tudo o que existe. A natureza lança o homem na comparação universal consigo mesmo, com os outros e com as coisas, dotando-o – como instrumento de tal confronto universal – de um conjunto de evidências e exigências originais, tão originais que tudo que o homem diz ou faz depende delas. (...) São como uma centelha que põe em ação o motor humano; antes delas não ocorre nenhum movimento, nenhuma dinâmica humana. (Giussani, 2009, pp.24-25 *citado por* Mahfoud, 2012).

A articulação pretendida no presente trabalho visou abarcar esse crivo primordial frente à tentativa por parte dos atletas de "deixar de lado" todos os sentimentos que emergiam no momento inicial da lesão e que se mostravam sempre intensos e negativos: "um vazio" (S1), "desânimo" (S2), "fica deprimido" (S3), "frustrante" (S4), "desespero" (S5), "raiva" (S6), "medo" (S7), "se sente um inútil" (S8), "impotência" (S9). Para exemplificar, tem-se este trecho de relato que expressa numa imagem o drama vivido:

> "Pra mim ficar fora do jogo é a mesma coisa de me dar uma facada, mesma coisa de querer me machucar mesmo. (...) É muito desgastante psicologicamente, porque não mexe só com o meu querer estar lá dentro, mexe com a minha mente, que é um querer estar lá e eu não posso. Entendeu? Então mexe com o nosso coração, mexe com o nosso sentimento que a gente tem de querer estar lá e não poder estar, por conta de uma lesão, por conta de ter

> se machucado, entendeu? E não saber ao certo quando é que você vai voltar" (S10).

Todas essas percepções mostravam-se, na maioria dos entrevistados, forçosamente substituídas em um segundo momento do tratamento pela convicção do retorno à prática e de um futuro marcado já pela superação da experiência presente.

Na companhia de Mahfoud (2012) e da Experiência Elementar, buscou-se compreender as possibilidades de "ser com" (Mahfoud, 2012, p. 64, 67) o outro, porque "nos interessa estar ali diante do outro com sua dor, presente, olhando, tendo um amor à pessoa dele, a ponto de inserir um elemento totalmente novo no horizonte de vida da pessoa, na experiência de si mesma e do mundo" (p.104).

Para tanto, mostra-se muito relevante a seguinte colocação, transferida para o presente estudo:

> não queremos oferecer um modelo de pensamento por meio do qual se possa considerar a pessoa. Trata-se mais de um convite ao leitor a um trabalho de observação atenta para chegar a um verdadeiro **reconhecimento** (...). Nisso há uma forte crítica à maneira com a qual temos feito Psicologia. Frequentemente privilegiamos um modelo de ser humano a ele mesmo; fixamo-nos em um aspecto preferido, definindo toda pessoa por aquele aspecto que preferimos, ou que nos interessa ideologicamente afirmar. Assim, a abertura para a totalidade se perde, comprometendo o resultado do conhecimento científico; a exigência de realização se confunde, comprometendo o dinamismo propriamente humano tanto da pessoa atendida quanto do psicólogo (p.30).

Isto porque, uma vez que o intuito é aprender a fazer esse ***reconhecimento*** e a apreender este dinamismo diante da experiência vivida pelos entrevistados, a Experiência Elementar é de grande ajuda para o convite ao atleta a assumir uma postura de protagonista do próprio presente e da construção de sua pessoa no mundo.

Estas considerações são de grande valor para situar um olhar à experiência que dê conta dos fatores em jogo, incluindo a dor, o sofrimento, a frustração e desânimos ocasionados pela lesão, bem como a incerteza e a grande ameaça ao futuro até então

delineado pelos atletas. Tal proposta aparece como inovadora diante de uma literatura que aponta estratégias mais eficazes ao retorno e adesão do atleta ao tratamento, simplesmente. As técnicas embora necessárias à intervenção, se propostas sem abertura e reflexão diante da experiência e do sujeito que a vive, podem favorecer o que Mahfoud (2012) descreverá como um processo de alienação, isto é, uma predominância de fatores primordiais não levados a cabo frente à experiência presente, diminuindo os recursos que o atleta possui para lidar com o que tem diante de si. Em outras palavras, seria o atleta não ir a fundo nesses sentimentos “intensos e negativos” que emergem em sua realidade, não permitindo ser conduzido pelos valores caros à sua pessoa, valores esses que se encontram indicados por tais sentimentos.

Ainda nessa perspectiva, entende-se haver nessa perspectiva uma “forte crítica à maneira de fazer Psicologia”, uma vez que “não reconhecendo tal percurso humano [evidenciado pela Experiência Elementar], inventamos modelos de homem, tomamos um aspecto preferido passando a definir todo o homem por ele, esvanecendo a abertura para a totalidade e perdendo de vista a pessoa mesma” (Mahfoud, 2012, p.114). A consequência dessa postura é, ainda nas palavras de Mahfoud (2012), que “negar tal abertura para a totalidade coincide com a negação da própria dinâmica pessoal” (p.233).

Entende-se que a ameaça real que a lesão traz à vida e ao projeto do atleta pode ser aprofundada, via a experiência, em um percurso positivo e construtivo, visto que “o meu posicionamento diante da minha própria experiência [é] o ato do eu que é fator reconstituidor de minha pessoa e da cultura da qual participamos (Mahfoud, 2012, p.215).

Mahfoud (2012) ainda irá salientar o que seria uma contribuição coerente a essa dinâmica humana que nasce de todas as experiências que uma pessoa vive, também as mais dramáticas e aparentemente carregadas de prejuízo à realização pessoal, explicitando nosso lugar na Psicologia:

> Para nós, psicólogos, qual é o resultado esperado? Nossa posição espera que o sujeito, por estar empenhado na busca autêntica ordene seus recursos pessoais na relação com seu mundo, e se aproxime sempre mais de uma unidade; aceite que sua exigência dê uma direção no enfrentamento dos desafios que a vida coloca (p.71).

Por fim, concretamente assumida no trabalho com os atletas, entende-se que a Experiência Elementar exigirá o enfrentamento da liberdade, a busca pela realização pessoal referida por Mahfoud (2012) mesmo em meio ao drama vivido, sem a necessidade de "desconsiderar" a própria experiência apoiando-se em um futuro ideal. O caminho, conforme esse trabalho pretendeu evidenciar, parece ser o de "retomada das próprias referências experienciais", uma vez que assim "retoma-se, continuamente, a construção de nossa própria pessoa e simultaneamente a nossa contribuição à construção do mundo" (p.227).

Referências Bibliográficas

Abenza, L.; Olmedilla, A.; Ortega, E.; Ato, M. & García-Mas, A. (2010). Análisis de la relación entre el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. *Anales de Psicología*, *26*(1), 159-168.

Loland, S. (2006). Three approaches to the study of pain in sport. In: Loland, S.; Skirstad, B. & Waddington, I. *Pain and injury in sport – social and ethical analysis*. New York: Routledge, 49-62.

Lurie, Y. (2006). The ontology of sports injurie and professional medical ethics. In Loland, S., Skirstad, B., & Waddington, I. *Pain and injury in sport – social and ethical analysis* (pp. 200-210). New York: Routledge.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília, DF: Editora Universa e Belo Horizonte, MG: Editora Artesã.

Markunas, M. (2003). Reabilitação psicológica de atleta lesionado. In: Rubio, K. (Org.), *Psicologia do Esporte aplicada*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 173-191.

Markunas, M. (2007). Reabilitação esportiva ou esporte como reabilitação? In: Rubio, K. (Org.). *Psicologia do Esporte: Interfaces, pesquisa e Intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 139-153.

Markunas, M. (2012). Quando a lesão leva à transição!? In: Rubio, K. (Org.). *Destreinamento e transição de carreira no esporte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 203-233.

Martínez, L. C. (2008). Revisión de las estrategias para la prevención de lesiones en el deporte desde la actividad física. *Apunts Medicina Del'esport*, 157, 30-40.

Ottoni, G. P., Ranieri, L. P. & Barreira, C. R. A. (2008). O posicionamento existencial frente à dor: uma aproximação fenomenológica às experiências de atletas lesionados em tratamento. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, *2*(2), 1-32.

Podlog, L., & Eklund, R. C. (2007). The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, (8), 535-566.

Roessler, K. K. (2006). Sport and the psychology of pain. In Loland, S., Skirstad, B., & Waddington, I. *Pain and injury in sport – social and ethical analysis* (pp. 34-48) New York: Routledge.

Rubio, K. (2001). *O atleta e o mito do herói: o imaginário esportivo contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rubio, K., & Godoy Moreira, F. (2007). A representação de dor em atletas olímpicos brasileiros. *Revista Dor*, (8), 926-935.

Rubio, K. (2007). Da psicologia do esporte que temos à psicologia do esporte que queremos. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, *1* (1), 1-13.

Scala, C.T. (2000). Proposta de intervenção em psicologia do esporte. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *2*(1), 53-59.

Silva, E. M., Rabelo, I., Rubio, K. (2010). A dor entre atletas de alto rendimento. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, São Paulo, *3* (4), 79-97.

Waddington, I., Loland, S., & Skirstad, B. (2006). Introduction – Pain and injury in sport. In: Waddington, I., Loland, S., & Skirstad, B. *Pain and injury in sport – social and ethical analysis*. New York: Routledge, 1-13

Weinberg, R. S. & Gould, D. (2008). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

POSICIONAMENTO DO PRATICANTE FACE À EXPERIÊNCIA VIVIDA NO JOGO DE CAPOEIRA

IANI FASSA DOS SANTOS[106]

CRISTIANO ROQUE ANTUNES BARREIRA[107]

Resumo

Segundo uma das mais correntes narrativas históricas, a capoeira responde à necessidade dos negros escravizados de se revoltar, se proteger e buscar por justiça. Neste trabalho destacamos as experiências atuais vividas por capoeiristas e como se revelam as exigências essenciais que a caracterizam como tal. O jogo de Capoeira apresenta múltiplas facetas na mesma experiência. O conceito de experiência elementar frisa a maneira pela qual o fenômeno se expressa como uma exigência de diálogo corporal. O objetivo desta pesquisa foi reconhecer, em meio às experiências de praticantes de capoeira, posicionamentos que estruturam os sentidos da prática. Para isso, foram selecionados e entrevistados capoeiristas com pelo menos dois anos na modalidade. A perspectiva fenomenológica pautou a análise de forma que os resultados foram articulados com o conceito de experiência elementar com base na percepção e volição. As respostas às exigências comparecem na expressão de cada sujeito e nos elementos que tornam a prática significativa, reatualizando o senso de justiça presente na narrativa histórica da Capoeira. Assim, é por meio de uma modulação interpessoal que se evita o emergir da violência, sustentando a experiência de luta como prática cultural capaz de potencializar a singularidade da experiência de si.

Palavras–chaves:Capoeira, Experiência elementar, Jogo

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste em uma pesquisa que se vale da abordagem fenomenológica para reconhecer posicionamentos da prática de capoeiristas destacando aqueles que emergem das circunstâncias de luta.

[106] Discente de Educação Física da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP).
[107] Psicólogo, Doutor em Psicologia, Professor Associado da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP).

É considerando o processo que nos impulsiona a aprender mais sobre o tema que acreditamos que o trabalho contribui não somente na compreensão da Capoeira, mas também na formação do profissional que a tem como prática educativa. Isto, certamente, implica a possibilidade de liberdade de quem adere à pratica por reconhecer aquilo que o corresponde. (MAHFOUD, 2012). Por essa razão, o estudo não descreve a capoeira e suas experiências essenciais, como faz Valério (2014), mas foca o posicionamento assumido pelos praticantes para estruturar seu acontecimento.

A capoeira é culturalmente muito rica, refletindo momentos importantes da história brasileira. Além de ser um conteúdo da Educação Física pouco abordado em pesquisas, é uma luta-arte portadora de significativa simbologia. Assim, a própria experiência da prática remete a essa simbologia através de seus movimentos, instrumentos, música. Segundo Souza e Dias (2010, p.620) “considerar o gesto como objeto de reflexão nos leva a pensar sobre as relações encarnadas no mundo”. Desta forma, é o modo como pensamos/vivenciamos a capoeira que nos leva a estabelecer as relações dentro dela. É nas relações entre os indivíduos e nas necessidades aí colocadas que ela se constitui, correspondendo aos desafios das relações humanas. Dado um contexto de prática corporal, a exigência de ser com outro é fortemente expressa, colocando-se como situação específica de cuidado para a formação integral sempre que saiba contemplar a experiência vivida, avaliá-la e possibilitar decisões correspondentes à pessoalidade de cada sujeito implicado.

Mas, para além da tese utilitária da origem da Capoeira por uma necessidade de sobrevivência, abordá-la a partir do conceito de experiência elementar lembra que, em meio a essa complexa rede de relações históricas e sociais, a prática e o uso da Capoeira passa, obrigatoriamente, por posicionamentos assumidos pessoalmente. Nessa linha, Mahfoud (2012) destaca que todas as pessoas tem um desejo de bem, mesmo quando estas fazem algo que não é coerente com o razoável.

Numa compreensão fenomenológica, a experiência pode ser desvelada quanto a dois polos de um mesmo fenômeno, o polo objetivo e o polo subjetivo, de forma a considerar o todo. Este formato de pesquisa qualitativa é pouco utilizado na Educação Física, permitindo novos caminhos investigativos, especialmente para a Psicologia do Esporte. Barreira e Ranieri (2013) destacam que a pesquisa em fenomenologia não parte de teorias prévias e seu foco está em identificar e compreender o fenômeno ao invés explicar e interpretá-lo.

Portanto, foi na experiência de jogo com o adversário que buscamos identificar e compreender os posicionamentos. Entretanto, a Capoeira carrega uma peculiaridade, pois não se trata de uma luta de finalização (VALÉRIO; BARREIRA, 2012; MELO; BARREIRA, no prelo; VALÉRIO, 2014). O jogo permanece enquanto os capoeiras permitem que ele aconteça e a disputa se dá pelo nível técnico e de atenção em resposta ao movimento do oponente. Trata-se, como estes e outros autores assinalam, de um diálogo corporal. É nesta relação de jogo que se faz a construção da própria capoeira e de seus significados, bem como do capoeirista e de seus gestos decisivos.

Souza e Dias (2010) afirmam que a Capoeira não se limita à mera ocupação do espaço pelos participantes, do deslocamento dos corpos no espaço, com a reprodução de movimentos de forma mecânica, sem intenção alguma. Alguns movimentos são concebidos pela técnica da capoeira, mas é na movimentação durante o jogo que as diversas possibilidades se manifestam, surgindo novas gestualidades e possibilidade de desencadeamento das ações realidade. Assim, é na ação do jogo que se revelam os posicionamentos, emergindo de situações da luta. Esta estrutura da ação do jogo se articula com uma reflexão trazida por Mahfoud (2012, p.97) no âmbito da experiência elementar: “nós construímos o significado respondendo à nossa realidade”.

OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi reconhecer, em meio às experiências de praticantes de capoeira, posicionamentos que estruturam os sentidos da prática.

MÉTODOS E MATERIAIS

Este trabalho consiste em uma pesquisa fenomenológica de caráter qualitativo na qual buscamos identificar e compreender o fenômeno da Capoeira por meio da experiência elementar. É por meio da entrevista fenomenológica que buscamos nos aproximar da Capoeira por meio da experiência vivida reconhecendo nas experiências de capoeiristas posicionamentos que sustentam prática desta modalidade. Assim, buscamos os posicionamentos dos sujeitos desta prática identificando exigências de amor, justiça, beleza e verdade que segundo Mahfoud (2012) são fundamentais para as experiências humana.

Barreira e Ranieri (2013) destacam os cuidados metodológicos a se tomar a fim de realizar entrevistas adequadas e baseadas na perspectiva fenomenológica apontando critérios científico-metodológicos que norteiam seu processamento.

É baseada neste delineamento que foram realizadas entrevistas com 11 capoeiristas que, há pelo menos 2 anos, praticam a modalidade. De acordo com Barreira e Ranieri (2013) uma experiência significativa favorece o sujeito realizar um depoimento significativo acerca do objeto pesquisado. A identidade destes entrevistados foi preservada, tendo sido solicitada a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Estas entrevistas foram gravadas e transcritas, após isso, foi realizado o *cruzamento intencional* a fim de revelar simultaneamente a singularidade da experiência de cada capoeirista e os traços fundantes da identidade do fenômeno. Vale destacar que os pontos de convergência referem-se à direção dos sentidos das vivências e não aos conteúdos da narrativa (BARREIRA; RANIERI, 2013).

RESULTADOS

Dança, jogo ou luta? Podemos perceber que estas características se modulam à medida que as intenções dentro da roda se modificam. Essas intenções estão diretamente relacionadas a quem está jogando e ao momento em que está jogando. Entretanto, são os elementos fundamentais da própria modalidade que abrem espaços para essa indefinição.

Por isso, este trabalho buscou reconhecer posicionamentos que acontecem em meio à pratica de Capoeira com a intenção de descortinar os sentidos da mesma e a experiência dos sujeitos que sustentam tais sentidos. Isso se torna fundamental enquanto desenvolvimento da Capoeira. É precisamente, nas diferentes formas em que o sujeito Capoeira olha a experiência que reaparece subjetivamente o modo como ela aparece e se obscurece com base nos posicionamentos dos praticantes.

Desta forma, pudemos perceber que diversos elementos podem influenciar o ritmo com qual o jogo se dá. Dentre esses elementos está a música, na qual, inclusive o

berimbau tem o poder de determinar qual será o andamento do jogo, dialogando com os posicionamentos dos jogadores.

"Então, dependendo do toque do berimbau todo mundo já sabe que vai ser um jogo mais duro, assim" (capoeirista C).

Mas é também pela roda, pelo jogo e jogadores. Podemos destacar da fala dos praticantes a grande imprevisibilidade da roda, seja porque ela permite que se jogue com pessoas diferentes, como também pelas diversas possibilidades de rumos inerentes ao jogo. Sendo assim, a descoberta do jogo só se dá em meio ao próprio jogo; jamais de modo teórico, nem antes e nem depois da prática, mas na ação. Assim a resposta de um jogador pode promover o improviso do outro. Segundo os capoeiristas, estas são exigências para se alcançar um jogo bonito. Entretanto, a beleza do jogo para os praticantes pode ser prejudicada pela falha no diálogo, ocorrida quando as intenções se distorcem ou então o entendimento não acontece. Essa ruptura no diálogo pode se dar, por exemplo, pelas diferenças de costumes entre grupos de Capoeira, o que pode ocasionar que determinados golpes representem algo próprio da Capoeira para um jogador e para o outro algo impróprio, até humilhante. Outra justificativa para essa ruptura é quando as perguntas e as repostas não correspondem entre si. Desta forma ao realizar um movimento, eventualmente, o jogador erra, cai ou é golpeado e, por vezes, se machuca. Outra circunstância é quando a intenção de um dos jogadores é promover um jogo mais duro ou até mesmo um jogo agressivo. Em vista disso, se utilizam do momento da capoeira para fomentar um ambiente de desentendimento, gerando brigas e situações de humilhação. Esta situação, apesar de não se classificar propriamente nos sentidos da Capoeira, diz por via negativa o que é Capoeira e como não fazê-la.

E uma quarta situação trata das diferenças de graduação e condições físicas entre os praticantes podendo estar na base de ocorrências consideradas desrespeitosas. Quanto às diferenças de graduação, foram apontados casos de jogadores menos experientes serem humilhados por jogadores mais experientes (mais graduados), ou então, jogadores mais novos aplicarem golpes em jogadores mais velhos que apresentam limitações físicas devido à idade.

Vale destacar também os posicionamentos que emergem da questão histórica da Capoeira. Para alguns, há grande valor no canto e no jogo como ensinamento histórico que posiciona o praticante com relação a uma identidade dos seus ancestrais. Essa

identificação se dá, algumas vezes, até mesmo por praticantes que não têm descendência africana, mas que se identificam com esse conhecimento importante, estabelecendo um vínculo com sua história.

Conseguir compreender a história, no caso destes praticantes, torna-se uma exigência também que alavanca seus posicionamentos na prática.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados desta pesquisa podemos observar que é no relato comum que encontramos os sentidos da capoeira. Assim, podemos dizer que a própria escolha de se manter na prática de Capoeira é um posicionamento relevante. Existe aí algo de fundante nesta prática que mantém seus sujeitos apegados a ela. Este trabalho mostrou que os posicionamentos no jogo se dão por diversos elementos (música, ação, história). Entretanto, não podemos perder de vista que o objetivo do movimento em meio ao jogo é alcançar o diálogo corporal. Podemos perceber que duas exigências de verdade se apresentam nesse momento: a de que a Capoeira é jogo de pergunta e resposta e de que ela é um jogo imprevisível. Se retiramos esses aspectos do jogo deixa de existir a capoeira. Assim, é preciso não se enganar pelas aparências e se posicionar nas constatações dessas verdades.

Por isso o jogo é determinado na hora, o sentido da prática comparece na ação. Entretanto, essas duas exigências coexistem à medida que, para responder, é necessário que o oponente saiba a “pergunta”. Desta forma, o diálogo corporal só se concretiza sob os posicionamentos que advêm das perguntas e respostas compreendidas pelo outro. Portanto, quando o diálogo permanece até o final do jogo ele apresenta o que os jogadores chamaram de “bonito”.

Neste momento, podemos lidar com o nosso parceiro buscando uma adequação ao sentido que queremos ou lançando-nos na ação de respeitar o posicionamento do outro, inclusive com o nosso silêncio. Neste caso, o silêncio não se dá como um vazio, mas como atenção ao drama (Mahfoud, 2012). Assim, o fato de sair do jogo, não representa um desprezo pela não resposta, mas pela atenção de atender uma exigência de bem, que é a de se fazer o jogo de Capoeira, jogo que se faz quando há cumplicidade entre as

partes (VALÉRIO; BARREIRA, 2012) . Em contrapartida, o jogo pode se acirrar e se encaminhar até a perda do controle (MELO; BARREIRA, no prelo).

Isso reflete uma falha no diálogo. Caso eu opte por uma adequação ao sentido que desejo, afasto a possibilidade de posições autênticas à Capoeira como diálogo corporal para dar espaço à autoafirmação (MAHFOUD 2012). Assim, a insistência em acirrar o jogo sem se abrir à cumplicidade pode obscurecer a Capoeira: "quanto mais nos auto-afirmamos mais dificultamos o processo de abertura que nos caracteriza estruturalmente, mais dificultamos a elaboração de pontos de clareza que emergem na experiência" (Mahfoud , 2012 p.123).

Tendo em vista isso, podemos observar nas respostas dos praticantes que o jogo pode ser tornar uma briga que, ao contrário dos sentidos da capoeira, tende a destruir vínculos. A capoeira é um jogo coletivo no qual considerar a alteridade é fundamental para que se cumpra seu objetivo, objetivo que se desenvolve pelos próprios corpos em movimento na prática. Sendo assim, se lançar na realidade para fazer Capoeira depende de uma abertura de ambas as partes para fazer posicionamentos que correspondam aos sentidos da prática.

Porém, podemos perceber que a prática se constitui com uma exigência para que não haja falha no diálogo em função da técnica. Neste aspecto, podemos destacar que a falta da técnica pode chegar até a um não diálogo corporal. Portanto, confere-se que a Capoeira só se faz presente no corpo por meio da manifestação pratica, tornando a prática uma exigência de verdade, ou seja, uma exigência que não se confirma nem na teoria e nem abstratamente, mas somente na efetividade vivida do corpo próprio.

Por fim, destacamos a importância da história para que os posicionamentos na prática atual alcancem respostas efetivas. Não é possível desvencilhar a Capoeira da sua história, pois é essa que faz os seus delineamentos encontrados ainda hoje. Fica evidente por essa pesquisa que, no posicionamento do praticante de Capoeira, existe respeito e gratidão pelas suas origens. Isso também se reflete na técnica corporal que a designa como Capoeira. Além disso, existe a intenção de se manter a cultura afrobrasileira, tradição e história que foi amplamente negligenciada por muitos e muitos anos.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu abrir um espaço de discussão entre a Educação Física e Psicologia sob a perspectiva fenomenológica. Desta forma, a ferramenta utilizada para apoiar os resultados encontrados foi o conceito de experiência elementar. Este conceito já, há algum tempo, vem sendo utilizado por outras áreas de aplicação científica, mas ainda não pela Educação Física. Sendo assim podemos dizer que há certo pioneirismo neste trabalho que articula o conceito de experiência elementar com esta área de conhecimento.

Para a Educação Física esta nova perspectiva é uma possibilidade que aproxima o trabalho do profissional respeitando os posicionamentos livres dos praticantes. Nessa tentativa busca-se tornar mais significativo o trabalho do próprio profissional no relacionamento interpessoal.

No que tange à Capoeira podemos dizer que este trabalho favorece um olhar mais atencioso para os sentidos da pratica, enriquecendo tanto a intervenção de quem a ensina com também a do próprio jogador que pode recorrer a sua experiência para adotar novos pontos de vista sobre ela. Isso se deve ao fato de que a Capoeira, por mais que apresente regras, permite uma grande abertura a singularidade de cada pessoa em sua experiência e posicionamento. Da música ao jogo os praticantes tem a oportunidade de seguir as suas regras com atitude. Neste contexto se deparam com uma história que está para além das histórias que os seus corpos contam ao mesmo que também os fazem protagonistas.

O cuidado com estas facetas vivenciais da cultura Capoeira – facetas que exigem assunção de posicionamentos pessoais – denota um processo de acolhida e apoio psicológico capaz de potencializar singularidade e liberdade de seus praticantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARREIRA, R.A.B.; RANIERI, L.P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M. Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa. 1ª Ed. Belo Horizonte: Artesã. Parte III, p. 449-466.

CAPOEIRA PALMARES http://www.capoeirapalmares.it/2012/11/vieram-tres-pra-bater-no-negro/ Acesso em: 11/11/2013

GASPAR, Y. E.; MAHFOUD, M. (2006). Uma leitura histórica do conceito de experiência e uma proposta de compreensão do ser humano em seu caráter essencial: experiência elementar e suas implicações para a Psicologia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA e ESTUDOS QUALITATIVOS & V ENCONTRO DE FENOMENOLOGIA E ANÁLISE DO EXISTIR, 3. São Bernardo do Campo. **Anais**... São Paulo: UMESP, 2006. p. 1-10.Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIIsipeq/anais/pdfs/pchf11.pdf>. Acesso em: 11/11/2013.

LUSSAC, R. M. P.; TUBINO, M. J. G. (2009). Capoeira: A história e trajetória de um patrimônio cultural do Brasil. **Revista da Educação Física/ UEM**, Maringá, 20(1), 7-16.

MAHFOUD, M. (2012). **Experiência elementar em Psicologia**: aprendendo a reconhecer. Brasília: Artesã.

MELO, F.; BARREIRA, C. R. A. As Fronteiras Psicológicas entre Violência, Luta e Brincadeira: As Transições Fenomenológicas na Prática Da Capoeira. **Movimento**, Porto Alegre. No prelo.

PETRINI, G. (2012). Apresentação. In: MAHFOUD, M. (Ed.) **Experiência elementar em Psicologia**: aprendendo a reconhecer. Apresentação de Giancarlo Petrini. Belo Horizonte: Artesã. p. 15-27.

SOUZA, J.C.N.; DIAS, N. (2010). Narrativas do corpo e da gestualidade no jogo da capoeira. **Motriz**, Rio Claro, 16(3), 620-628.

_____ . (2013). SABERES DA CARNE: o corpo no jogo de capoeira. **Vivência**, Natal, 35(35), 93-99, Jan. Disponível em: < http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/publicados_layout.html >. Acesso em: 27 Nov. 2013

VALÉRIO, P. H. M.; BARREIRA, C. R. A. (2012). A cultura capoeira como fonte pedagógica da prática capoeira In: FRANCHINI E.; VECCHIO F. B. D. (Ed).**Reflexões e Propostas de programas**. 1ª Ed. São Paulo: Scortecci Editora, cap. 2, p. 62-73.

VALÉRIO, P. H. M. (2014). **Capoeira: Fluxos originários em rotas marginais**. 268 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

REPRESENTAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE COMO ATO EDUCATIVO: A ENFERMAGEM NO CAMPO DA EDUCAÇÃO INFANTIL

VICENTE SARUBBI JR. PSICÓLOGO[108].

CAMILA JUNQUEIRA MUYLAERT[1].

SOPHIA MOTTA GALLO[109].

PAULO ROGÉRIO GALLO[110].

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as confluências dos sentidos presentes nas falas dos profissionais de enfermagem que atuam nas creches da USP acerca do cuidado à criança. Como referencial teórico foram adotadas a Teoria das Representações Sociais, a noção de campo em Bourdieu e a pedagogia da autonomia em Freire. O estudo abrangeu as cinco unidades das creches da USP. As entrevistas foram gravadas e o conteúdo foi transcrito e submetido à análise temático-categorial. As unidades temáticas foram transformadas em variáveis e processadas pelo software *Classification Hiérarchique Classificatoire et Cohésitive* (CHIC®), que gerou árvores hierárquicas de similaridade que possibilitou analisar as convergências de sentidos. Foram analisadas dezenove unidades temáticas, sendo treze unidades compartilhadas por pelo menos metade dos profissionais entrevistados. Foi possível encontrar temáticas presentes na interface de saberes ligados à saúde e à educação, o que parece indicar que as representações do cuidar de crianças nas creches da USP, para os profissionais de enfermagem, advêm tanto da apropriação que os profissionais relatam sobre as ações de cuidado ancoradas no saber biomédico como pelas representações do cuidado que são objetivadas a partir da vivência do cuidado no campo da educação infantil.

.

INTRODUÇÃO

Ao tomar para si a tutela física e emocional da criança em tempo integral e, tendo o desafio de corresponder aos avanços das leis e programas voltados à educação Infantil, o

[108] Mestre em ciências. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
[109] Psicóloga. Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pós-Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC.
[110] Médico Pediatra. Professor livre docente. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil

ambiente de creche saiu da lógica assistencialista para um contexto capaz de propor relações de interação e cuidado que respondesse a sua nova identidade institucional (Motta et al.,2012).

A lógica de saberes dos princípios ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um instrumento norteador que reordena e operacionaliza as ações dos atores implicados nos processos ligados à promoção de saúde Reis et al (2004) , é convocada a responder questões ligadas aos complexos processos de saúde/doença realizados no ambiente das instituições de educação coletiva Reis et al (2004)

A creche passa a ter como finalidade prestar cuidados básicos de saúde e educação à criança durante o período em que estão afastadas dos pais. Faz parte de suas atribuições cuidar da segurança física e emocional da criança, incluindo os cuidados relativos à segurança, higiene, alimentação, afeto e educação Maranhão (2000)

No contexto da Educação Infantil, as críticas à herança de um modelo higienista e o avanço das leis e programas voltados à Educação Infantil, bem como a falta de importantes debates de profissionais de educação e saúde sobre o que se entende por cuidado no interior das instituições de Educação Infantil, levaram pesquisadores a buscar compreender sob a ótica da saúde, as práticas dos educadores em torno do cuidado a criança.

Tornam-se contundentes as propostas de investigação e reflexões acerca da função das creches como formadoras de *habitus* (promotores da saúde biológica, psicológica e social), já que a trajetória de vida das crianças atendidas será significativamente influenciada pelos cuidados que lhes forem dispensados Gome (2008)

.	Outra importante questão foi a de pensar as práticas de cuidado onde crianças passavam um ou dois períodos longe de suas famílias, em que profissionais da saúde inseridos no em um novo contexto, o da educação, passaram a ser desafiados a atuar no elo que envolve diferentes paradigmas sobre a noção do cuidado Reis et al (2004).

As ações do profissional ligadas à educação infantil foram tensionadas ao diálogo com uma nova dimensão de saberes, uma vez tornado o ambiente da educação uma referência para o desenvolvimento de novos hábitos ligados a prevenção e a promoção da saúde da criança Novaes(1992)

Nas últimas décadas, relevantes estudos na área de enfermagem têm enfatizado a

importância de uma compreensão mais reflexiva acerca dos inúmeros aspectos que envolvem o ato de cuidar do profissional de saúde no campo da educação infantil Campos et al. (2006) BRASIL. (1984)

Neste sentido, o intento deste estudo foi de investigar as representações do cuidado de profissionais de enfermagem que atuam em creches e pré-escolas, assim como colaborar com novas discussões acerca da importância do apreender de suas concepções de cuidado à criança associadas às práticas exercidas em suas rotinas diárias.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva, de amostragem não aleatória. Foram entrevistados, individualmente, com uso de roteiro semiestruturado, oito profissionais de enfermagem (mulheres com idades entre 36 e 57 anos), sendo quatro profissionais de nível técnico e um graduado, que integram as equipes técnicas das cinco creches existentes nos campi da USP que atuam em tempo integral na assistência às crianças - filhos de docentes, discentes e demais funcionários vinculados à comunidade da Universidade de São Paulo (USP) Sarubbi e Gallo(2013)

As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2011, transcritas e submetidas à análise de conteúdo temático-categorial. Bardin(2007)

Codificadas e categorizadas, as unidades de sentido foram processadas pelo software CHIC® que gerou um cluster que e possibilitou analisar por similaridade as convergências de sentido (índice de similaridade simples ≥ 0.50 e ≤ 1.0) (Couturier et al,2004; Gras e Almouloud ,2002) , em que a hierarquia por associação considera similares os pares temáticos por coocorrência simultânea de presenças ou ausências (tab. 1).

Figura1. Categorias temáticas processadas pelo software CHIC.

Análise pelo do ínidice de similaridade *software CHIC®.*		
Variável (Unidade Temática)	Similaridade ≥ 0,50 e ≤ 1,0	% Unid. Signif. no total do corpus (n=8)
açoes de prevenção	0,71	62.5%
aprender amb. edu infant.		50%
foco na saúde	0,65	50%

valor de equipe		37.5%
disponibilidade cuidar	0,50	100%
cuida saúde do corpo		87.5%
desafio do saber na ed. inf.	0,74	50%
o cuidar na integralidade		75%
promoçao saúde projetos	0,79	50%
sintoma expr.afetos		37.5%
cuidadar em tempo integral		50%
cuidar e aprender relação	0,88	62.5%
prof cria amb. transfor.		37.5%
binomiocuideduc	0,71	37.5%
cçaatençaoafeto		75%
açao cuidar autonomia cça	0,88	50%
aprende o cuidar na relação		37.5%
açoes de promoçao saúde	0,69	37.5%
cuidar do espaço		75%

Cabe destacar que as creches da USP contam com uma estrutura multiprofissional, um corpo técnico formado por profissionais de psicologia, nutrição e enfermagem, além dos profissionais ligados a gestão pedagógica e institucional (coordenador pedagógico e diretor) (Sarubbi e Gallo,2013)

Este foi o diferencial para a pesquisa que buscou as representações dos profissionais que compõem o corpo de técnicos que assistem a saúde no campo da educação. Este artigo é portanto, um recorte de um estudo maior com as equipes técnicas das creches da USP (Sarubbi et as,2014)

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, parecer nº 2245.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao estudar um fenômeno social que iguala imagens a ideias, Moscovici (1978,

2009) destaca a importância de identificar os significados (representações) que criam um modo específico pelo qual as pessoas se comunicam e dimensionam uma realidade coletiva constituída por convenções. Quando o cuidado é significado pelo aprender do profissional em um ambiente de Educação Infantil, nas creches da USP, o profissional se percebe desafiado a redimensionar seu conhecimento de forma a repensar suas ações de cuidado até então voltadas aos aspectos preventivos ou curativos presentes no modelo biomédico. Cuidar de crianças é, inclusive, cuidar de crianças saudáveis, distantes de uma realidade hospitalocêntrica.

Agente conversa como cuidar de crianças saudáveis (...).Meus estágios de enfermagem eu fiquei com crianças doentes. (...) Como é bom ficar perto deles e se desenvolvendo muito com eles. Se aprimorando com eles. (SUJ3)

Aqui agente cria, nós somos criadores. Criamos nossos projetos. É uma outra forma de ver. Agente trabalha com criança saudável. (SUJ2)

Os sentidos encontrados nos relatos dos profissionais parece corroborar com o que Dalbosco. (2006) propõe para questionar o emprego da racionalidade teórica, salientando a importância de pensar “a indispensabilidade do conceito de ser humano e de pessoa humana para se tratar de questões diretamente relacionadas aos amplos processos humanos de formação e de educação” (p.1115).

Faz-se relevante salientar o estranhamento expresso pelos profissionais de enfermagem que trazem a herança de um olhar adquirido ao longo da história disciplinar sobre os processos que envolvem a segurança física. Entrar em contato com diferentes dispositivos legais e a proposta de atuar em um espaço coletivo de Educação Infantil exige um diálogo, de forma heterogênea e em campos de saberes com diferentes concepções de cada categoria profissional que compõem a equipe técnica (Bourdieu, 2004 a, b)

Segundo Moscovici (2009), a todo o momento o indivíduo é colocado diante de uma nova realidade não conformada ao saber consensual por ele representado, havendo uma tendência a voltar-se para o universo paradigmático que o mantém seguro. Uma mudança capaz de contradizer a tradição só é possível de ser percebida e aceita se apresenta um tipo de vivência que evite o murchar do diálogo, sob o peso da repetição.

Assim, a equipe de enfermagem diante do desafio do cuidar em uma instituição de educação infantil, valoriza o trabalho junto às equipes, cujo foco está relacionado ao

cuidado à saúde e à atenção no suporte às necessidades que demandam as crianças em suas diferentes particularidades.

É a sorte na creche tá da gente de todas as áreas de apoio. Detém essa sorte porque agente como tem uma turma que começa no berçário e termina na última turma, não é anual, agente tem a sorte de conhecer a criança. Não é uma coisa só minha. Se você perguntar para o pessoal de limpeza, de cozinha, eles são capazes de te contar sobre as crianças, porque eles aprendem a olhar o menino desde pequenininho até sair. (SUJ 6)

A importância da obtenção do saber como aliado na qualidade do cuidado e na organização da proposta pedagógica aparece vinculada a parceria que é referida entre os profissionais e a Universidade de São Paulo, como instituição de ensino e pesquisa, que é referendada enquanto um espaço de acesso ao saber. Nesse sentido, as creches da USP, representadas como meio expressivamente coeso, facilitam a familiarização do profissional de forma que ele se sinta mais amparado para repensar sua realidade partilhada da qual necessita contextualizar suas ações[9,13]. Sarubbi e Gallo(2013) Sarubbi et al (2014)

Spink (1993) afirma que, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, as representações são fenômenos sociais que contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilitam a comunicação, pois têm de ser entendidas a partir do seu contexto de produção.

Segundo Erdmann e col (2006), diante das novas concepções de ser humano, vida, saúde, sociedade e cuidado em saúde, as práticas voltadas para a saúde na contemporaneidade remetem à construção de tecnologias de processos de gestão que integram o ser, o pensar e o fazer, mobilizando ações de cuidado do humano.

Isso permite também evidenciar como representações acerca do não cuidar emergem na fala dos profissionais, uma vez que se encontram inseridos em diferentes tensões entre as críticas herdadas do modelo higienista e a tentativa de situar o cuidado como um elo que possa ressignificar a saúde no ambiente de Educação Infantil Maranhão (2000)

Se você vira as costas é não cuidar. Uma criança que foge do módulo e "não tem nada". Aí você nem olha na cara dela... Isso é o não cuidar. Elas vão porque querem aconchego, atenção! Se eu virar as costas para ela [a criança], aí que não volta mesmo. E o trauma: *"- eu [a criança] fico 12h aqui e vou na enfermaria e o povo me vira as costas!"*. Esse é o não cuidar, fazer de conta que a criança não existe. Passar o pito nela. (SUJ3)

Ao representarem o cuidado como atitude relacionada a uma inquientante entrega e sentidmento de responsabilidade compartilhada, sentem-se reorientados mesmo quando chamados a exercer nas ações de cuidado, práticas que são singulares ao campo da saúde. Assim o saber compartilhado na instituição em que a noção de cuidado é reapresentado pelo campo epistêmico da educação, estabelece um novo elo ao encontro de um saber que tem por compromisso o educar em meio àquilo que cuida (binômio cuidar-educar).(Bourdieu, 2004 a; Pessoa, 2013; Della-Barba et al ,2003).

É muito caro e muito difícil o cuidar da criança pequena, principalmente. Ela precisa da alimentação, do momento do sono. Como cuidar dela individualmente dentro de um coletivo. É complexo, não é simples. Ela tem manifestações de alguma doença, febre, diarreia, vômito, ela precisa de algumas medicações, tanto na área da saúde... Ela precisa da área pedagógica, de ensinar... Cada faixa etária de ensinamentos pedagógicos... A parte psicológica, entender bem o comportamento dela. Precisa saber da planta, dos bichos, do meio-ambiente, precisa ter oportunidades. (SUJ7)

A importância do estar atento e disponível nos momentos em que é solicitado à ação de um cuidado ligado à saúde física da criança – sono, alimentação, medicalização, lesões, doenças e higiene – é salientada nos relatos, assim como o pensar de como fazê-lo diante de um campo que não é mais só do curar, mas é também, principalemnte, do significar.

Nós tivemos uma criança que há poucos dias a mãe descobriu que está com câncer nas duas mamas. Ela vinha para agente na enfermaria e dizia que estava com dor na barriga. Agente dava um placebo, ela voltava, brincava e em poucos minutos ela retornava, dizia que tinha dor na barriga. Aí ela deitava, agente fazia um carinho, uma massagem, ela melhorava. Dizia que a dor tinha passado e ia brincar. Com duas ou três horas ela voltava e dizia que estava com dor na barriga. E não era. Ela queria ficar ali um pouquinho, deitada. Ela queria um carinho. A mãe ficou hospitalizada, ficou um tempo longe da família. E ela sentiu uma dor na barriga que não era uma dor física. (SUJ 5)

Como apontam BUSSAB e MALUF (1998), a criança na creche é afetada por sua história prévia, pelas variáveis individuais, que dependem das inúmeras características da creche e do educador. A qualidade dos cuidados com a saúde passa pela representação de quem dá as regras e as condições que julga reais para operacionalizá-las (Santos-Oliveira; Bussab,1996.)

É por meio do binômio cuidar-educar, pensado como uma ação educativa capaz de produzir sentido de cuidado, que a criança é apresentada ao mundo e convidada a ampliar seu repertório, portanto um desafio para o profissional o aprender na interação

que estabelece com criança, implicado em uma proposta de cuidados destinados a sua integralidade.(Pessoa, 2013; Bussab e Maluf ,1998).

É você ter o olhar direcionado para a criança. Não é só o olhar de ver ela só aqui. É o contato com os pais, com a família, saber o que a criança passa em casa. Contato com o pai e com a criança e unir os dois e ter o entendimento também de conseguir trabalhar com essa criança. (SUJ2)

Neste sentido, o cuidado que educa é relatado como condição para o desenvolvimento do humano capaz de dialogar com a intimidade que a criança estabelece com o adulto e expressa seu desejo de cuidados sem ainda poder nomeá-los.

Agente pode ofertar os cuidados fisiológicos, físicos, higiene. Agente pode ofertar o serviço de atendimento de saúde. Agente pode ofertar todas essas coisas do campo físico. E pode ofertar o cuidado desse ser integral. Que é o de ouvir. Que é a troca de afeto, de ver aquele outro como ser importante. Isso a instituição, qualquer instituição pode fazer. Seja pra criança ou para adulto. Considerar as pessoas importantes, porque elas existem em função das pessoas e não das coisas (SUJ8).

Freire (1987) afirma que somente o ser que se sabe inconcluso faz-se ético e capaz de respeitar, na experiência formadora do educando, a dialogicidade verdadeira de fazer crescer na diferença a transgressão (do ser ético) à rigorosidade que a própria ética acaba por tentar limitar.

No enfoque bioético, transpor a ideia de indivíduo passivo que recebe a informação como diretriz de suas ações, para a de sujeito social, agente da ação, capaz de operar sentidos e ganhar autonomia sendo copartícipe das escolhas Lefévre et al (2007).

O cuidado é pensado neste sentido enquanto vivência de aprendizado para que a criança desenvolva uma autonomia de autocuidado.

De dois anos em diante a gente já faz bastante trabalho com eles. Coisas mesmo da educação, para ela ter mais cuidado com o corpo e a saúde. O que é que é cuidar da saúde. (SUJ3)

A parte do cuidado com os pertences dela, com o sapato, com os objetos de estimação. (SUJ7)

Silva e Bolsanello (2002) entendem que a organização da creche deve partir das diferentes necessidades voltadas para o desenvolvimento da criança e não pela sua adaptação às necessidades pelas quais a creche se organiza.

O profissional se refere como aquele que auxilia na criação de novos projetos e serviços. O conhecimento, a troca de informações e a realização de propostas que são idealizadas ao longo dos anos de trabalho modificam a visão que este profissional tem de si, da instituição e das relações que estabelece e às quais sente que pertencente.

Um projeto que eu fiz com as crianças que eu gostei muito foi o das bactérias, dei o nome de vendo o invisível. Começou como uma coisa pequena que eu queria passar para eles. Foi com uma pergunta de uma criança "– Porque tem que lavar as mãos?" Eles querem ver a bactéria. "– cadê a bactéria?" Eu pensei, puxa, eu tô falando de algo que eles não conseguem ver. Eu fui juntando as ideias e tem uma bióloga da USP que é mãe de uma criança. Conversamos e montamos um laboratório para as crianças. Eles se tornaram pesquisadores e decidiram de onde queriam coletar as bactérias. Uns coletaram do nariz outros da orelha, cabelo, pé, do chão, até do jabuti. (SUJ6)

Nos relatos é o cuidado que educa que aparece como condição para o desenvolvimento do humano capaz de dialogar com a intimidade que a criança estabelece com o adulto que cuida dela, bem como reconhecer os pedidos de atenção e carinho que dela demandam.

Porque se você tem o amor com a criança, você faz aquilo com prazer, com cuidado, você tem um bom relacionamento com ela. A criança é muito sensível, ela percebe. Quando uma criança se machuca ela pede para ir a minha sala. É a confiança, a segurança. (SUJ6)

Para Freire (1987) "saber que devo respeito à autonomia e à identidade do educando exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber" (p. 58). Nesse sentido, o binômio cuidar-educar pode ser redimensionado ao binômio escutar e falar, como parte do processo educativo em que se cuida da criança. Ornella(2007)

Os profissionais se percebem desafiados em seu próprio aprendizado na interação que estabelecem com criança e ao sentir-se integrantes de uma realidade transformadora acerca de sua atuação, vinculada a promoção da saúde e o ato de educar. Freire(1987)

É nossa condição humana ser cuidado e educado. Cuidar e educar tão muito entrelaçados mesmo, eu não consigo ver diferente, principalmente quando se fala de criança, como ser humano mesmo. (SUJ7)

Assim sendo, as representações expressas pelos profissionais de enfermagem carregam em suas práticas discursivas acerca do cuidado, sentidos que convergem para a reflexão de campos de saberes que, qualitativamente aproximados, potencializam a formação de sujeitos éticos e autônomos pelos valores vinculados aos cuidados no ato de

educar, possibilitando ao educando e a seu educador em saúde que compartilhem de uma transformação continuada e integrada. Arigo ciaiq moscovici e bourdieu

É nesta direção que Vasconcelos(2009) aponta para a experiência do cuidado, como um fenômeno de âmbito social, que exige a interdisciplinaridade como forma integrada para estabelecer uma comunicação que acolhe espaços e temas nos diferentes paradigmas disciplinares em saúde pública – saberes de importante cunho investigativo cujo objeto tem como parte fundamental “a reinvenção do *modos* de viver no sentido de maior criatividade e inovação (...) exatamente na direção contrária da adaptação e ajustamento.” (p.147).

CONCLUSÃO

O cuidado integral voltado a educação em saúde construído por meio dos projetos pedagógicos nas creches da USP, convidam tanto a criança como o profissional na interação, a aprender, ensinar e a ganhar novo repertório acerca de si.

O universo de saberes que transitam nas creches da USP torna-se um convite a atuação integrada das equipes profissionais. Isto torna o diálgo interdisicplinar possível em que novas ancoragens ampliam e direcionam o olhar da saúde a representar o cuidado com uma perspectiva indissociável ao educar, uma vez que a própria noção de educar é também trazida por esses profissionais como uma ação de cuidado.

REFERÊNCIAS

Bardin,L. (2009) Representações Sociais: investigações em psicologia social. 6 edição. Petrópolis: Vozes.

Bardin, L.(2007) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Bourdieu, P. .(2004b) Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: editora UNESP.

Bourdieu, P.(2004a) As coisas ditas. São Paulo: Brasiliense.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). (1984) Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Bussab, V. S. R.; Maluf, M. P. C. (1998) A creche como contexto sócio-afetivo de desenvolvimento: os padrões interacionais e o ajustamento das crianças. Rev Bras Cresc Desenvolv Hum, São Paulo, v. 8, n. ½, p. 33- 39.

Campos, M. M.; Fullgraf, J.; Wiggers, V. (2006) A qualidade da educação infantil brasileira: alguns resultados de pesquisa. Cad Pesqui, Rio de Janeiro, v. 36, n. 127, p. 87-128..

Couturier, R.; Bodin, A.; Gras, R. (2004) A classificação hierárquica implicativa e coesiva. Manual Curso CHIC versão 2.3. Tradução S. Ag Almouloud.

Dalbosco, C. A. (2006)O cuidado como conceito articulador de uma nova relação entre filosofia e pedagogia. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 27, n. 97, p. 1113-1135.

Della-Barba, P. C. S.; Martinez, C. M. S.; Carrasco, B. G. (2003.) Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 13, n. 26, p. 141-146.

Erdmann, A. L.; Andrade, S. R.; Mello, A. L. S. F.; Meirelles, B. H. S. (2006) Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. Texto Contexto Enferm. v. 15, n. 3. p. 483-491.

Freire, P.(1987) Pedagogia do Oprimido. Acesso pela biblioteca digital. Acervo da UFPB. 17ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra,

GomeS, V. L. O. (2008) A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar de crianças em creches. Rev Eletrônica Enfermagem, Goiania, v. 10, n. 1, p. 145-151. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a13.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2014.

Gras, R.; Almouloud, S. A. (2002) A implicação estatística usada como ferramenta em um exemplo de análise de dados multidimensionais. Educ Mat Pesqui. v. 4. n. 2. P. 75-88.

Lefévre, F.; Lefévre, A. M. C.; Ignarra, R. M. (Org.).(2007) O conhecimento de instersecção: uma nova proposta para as relações entre a academia e a sociedade. São Paulo: IPDSC e FSPUSP.

Maranhão, D. G. (2000) Processo saúde-doença e cuidados com a saúde. Cad Saúde Pública, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1143-1148.

Moscovici, S. (1978) A representação social da psicanálise. Rio de janeiro: Zahar editores,

Motta, J. A. et al. (2012) O cuidado à criança na creche: integração entre saúde e educação. Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 771-776..

NovaeS, M. H.(1992) Psicologia da educação e prática profissional. Petrópolis: Vozes.

Ornella, M. L. S. Educação e afetividade: um triângulo de amódio.(2007) In: Ornellas, M. L. S.; Oliveira, M. O. M. (Org). Educação, tecnologias e representações sociais. Salvador: Quarteto editora, p. 167-178.

Pessoa, V. I. F.(2013) O cuidado com a qualidade na parceria interdisciplinar: por onde passam os sentidos? In: FAZENDA, I.; PESSOA, V. I. F. (Org.). O cuidado em uma perspectiva interdisciplinar.Curitiba: editora CRV.

Reis, A. O. A.; Marazina, I. V.; Gallo, P. R. (2004)A humanização da saúde como instância libertadora. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 3, p.36-43. 2004.

Rizzo, G. (2000) Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

Santos- Oliveira, N. G.; Bussab, V. S.R.(1996.) Comportamentos comunicativos do bebê como parceiro ativo na interação. Rev Bras Cresc Desenvolv Hum, São Paulo. V. 6, n. ½, p. 34-38.

Sarubbi, V. Jr.; Gallo, P. R.(2013) Social Representations regarding child-care at USP daycare centers. 1ª. ed. Saarbrucken: LAP LAMBERT,. 123p.

Sarubbi, V. Jr.; Muylaert, C. J.; Gallo, S. M.; Gallo, P. R.(2014) Representações do cuidado como ato educativo em saúde na prática da enfermagem em creches. CIAIQ - Livro de Atas do 3º Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa. Vol. II. Artigos de Saúde. Ludomedia.

Silvia, C. R.; Bolsanello, R. A.(2002) No cotidiano das creches o cuidar e o educar caminham juntos. Interação em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.31-36.

Spink, M. J. P. (1993) The Concept of Social Representations in Social Psychology. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3. p. 300-308.

Vasconcelos, E. M.(2009) Abordagens psicossociais. 2. ed. São Paulo: Hucitec.

TRABALHOS DE INSTITUIÇÕES CONVIDADAS E PARCEIRAS

CAPACITANDO ORIENTADORES EDUCACIONAIS PARA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

ANTONIO AUGUSTO PINTO JR[111];

ANGELITTA ALVES; CAROLINE PINTO; CAROLINA BRITO; EDSON BARBOSA JR; ELIZANGELA SILVA; ERIKA HOTH; FERNANDA OLIVEIRA; GEORGE COSTA; GRAZIELLE MELLO; GREICY MOREIRA; ISABELLA COELHO; KAREN SOUZA; MARIA CÉLIA VIEIRA; MARIANA CALEFI; MARIANA ANJOS; MAÍRA BATISTA; NATASHA BALBINO; NATHÁLIA SANTOS; PRISCILA TEIXEIRA; TILA DE SOUZA; VIVIANE NASCIMENTO[112].

Resumo

Este trabalho discute os resultados de um projeto de extensão realizado pelo curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Polo de Volta Redonda, visando à capacitação dos orientadores educacionais da Secretaria Municipal de Educação para a prevenção, identificação precoce e encaminhamento de casos de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA). Por meio de encontros com duração média de 04 horas, foram capacitados 89educadores para a prevenção da vitimização infantil. Para a análise da eficácia da capacitação foi utilizado um questionário de sondagem das representações acerca da VDCA, ministrado antes (Pré-teste) e depois (Pós-teste) dos encontros, procurando verificar mudanças de concepções a respeito do fenômeno discutido. As diferenças nas frequências de pontuação dos itens dos questionários pré e pós-teste respondidos pelos participantes do projeto de extensão foram comparadas por teste de Qui-quadrado e todo procedimento estatístico foi realizado no software SPSS 16.0. Os dados revelam que, por meio dos encontros de capacitação, muitos educadores mudaram conceitos e representações acerca da VDCA, o que poderá favorecer a sua prevenção a partir do engajamento no combate a este tipo de problema social que aflige a vida de crianças e adolescentes brasileiros.

Palavras-chave: Violência doméstica; crianças e adolescentes; prevenção; capacitação em serviço.

---

[111] Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense.

[112] Alunos de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense.

A Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) é um grave problema de saúde pública, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos principais fatores de morbimortalidade no segmento infanto-juvenil (Gomes &Bazon, 2014).Entendida como abuso de poder de pais e/ou responsáveis e violação de direitos da infância, a VDCA, em suas modalidades física, sexual, psicológica e negligência, é um fenômeno histórico e culturalmente construído em que a criança é colocada na condição de subjugação e opressão (Azevedo & Guerra, 2011; Branco &Tomanik, 2012).Embora com leis importantes que visam proteger crianças e adolescentes contra qualquer forma de violência, negligência e opressão (Brasil, 1990; Brasil, 2014), a VDCA continua apresentando alarmantes índices de incidência e prevalência no Brasil e no mundo (Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser&Bakermans-Kranenburg, 2011; Radford, Corral, Bradley &Fisher, 2013; Faleiros, Matias&Bazon, 2009).

Combater essa situação exige o investimento em ações e programas eficazes de prevenção e requer um trabalho visando à modificação de hábitos e costumes culturais a respeito da pedagogia familiar e concepções de infância. Esses muitas vezes favorecem e naturalizam a educação da criança por meio de ações violentas, marcadas por uma relação assimétrica de poder, em que geralmente a criança figura como sujeito de segunda categoria (Branco &Tomanik, 2012).

Nesse sentido, segundo Branco e Tomanik (2012), a escola deve ser considerada como um espaço privilegiado para ações de combate à VDCA, a partir do trabalho de conscientização com os pais e com os próprios estudantes, procurando construir uma sociedade mais justa para com a infância.Mas para que isso seja possível, torna-se fundamental que os educadores estejam instrumentalizados para identificar possíveis casos de vitimização e reconhecer as estratégias eficazes de intervenção, além de estarem despidos de ideias e concepções errôneas a respeito desse fenômeno.

Ristum (2010) destaca o papel da escola, tanto na prevenção quanto no apoio às crianças vítimas de VDCA e aponta para a necessidade de desenvolver programas de treinamento de educadores para capacitá-los a identificar e desenvolver habilidades para trabalhar com as crianças, seus pais e colegas de modo a contribuir para o enfrentamento e combate dessa violência.A partir do exposto, o presente estudo apresenta e discute os principais resultados de um trabalho de capacitação de orientadores educacionais do

município de Volta Redonda/RJ, com o objetivo de sensibilizá-los para o entendimento, identificação, encaminhamento e intervenção dos casos de vitimização infantil.

Métodos

Trata-se de um projeto de extensão universitária desenvolvido pelo curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Polo de Volta Redondo, ao longo do ano de 2014. Nesse período foram capacitados 89orientadores educacionais para a identificação e prevenção da VDCA. Cada capacitação teve em média a duração de aproximadamente 04 horas, e foram seguidas as seguintes etapas: a) apresentação e discussão das concepções teóricas do tema, suas definições, epidemiologia e consequências; b) apresentação e discussão acerca dos indicadores comportamentais da criança, do agressor e da família vitimizadora que facilitam a identificação pelos educadores; c) apresentação da trajetória de intervenção, apresentando os recursos que os profissionais dispõem para cada caso e os tipos de encaminhamentos necessários; d) discussão de um caso clínico para orientar as ações de intervenção na área.

Antes e logo após as capacitações foi aplicado de um questionário visando identificar o conhecimento prévio dos profissionais sobre o fenômeno da VDCA (Pré-teste), e as mudanças de suas representações sobre o tema após o trabalho realizado (Pós-teste). O questionário empregado nas duas fases do trabalho foi o mesmo e composto por 10 questões, baseadas nos mitos sobre VDCA, apresentados por Azevedo e Guerra (1998), em que o educador deveria responder Verdadeiro (V) ou Falso (F). São elas:

Q1. A Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (VDCA) deve ser entendida por ações de brutalidade por parte dos pais ou responsáveis, acarretando lesões físicas.

Q2. A VDCA é motivada por uma perda de controle ou perda momentânea da razão por parte do adulto na educação da criança.

Q3. A palmada é um método disciplinar não perigoso, pois não causa dor real e por isso não deve ser correlacionado a quadros de VDCA.

Q4. A VDCA é mais frequente em famílias de baixo nível educacional e econômico.

Q5. O álcool e/ou as drogas fazem com que os pais se tornem violentos e agridam seus filhos

Q6. Os agressores são sempre pessoas más e cruéis.

Q7. Se as crianças forem adequadamente ensinadas a evitar estranhos elas não serão sexualmente vitimizadas.

Q8. Crianças podem fantasiar histórias de vitimização sexual.

Q9. As crianças só não revelam o abuso sexual sofrido se tiverem sido ameaçadas com violência.

Q10. Em caso de comprovação da VDCA, a vítima deve ser afastada do lar para preservar a sua segurança e integridade, e muitas vezes o abrigamento é uma medida preventiva indicada para isso.

Após a realização de todas as capacitações procedeu-se a análise estatística dos dados para verificar se houve mudança de percepção e representação da VDCA pelos profissionais da ESF com o trabalho de sensibilização realizado. Para tanto, foi utilizado o teste de Qui-quadrado, a fim de verificar as diferenças nas frequências de pontuação dos itens dos questionários pré e pós-teste respondidos pelos participantes do referido projeto de extensão. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados no software SPSS 16.0. Deve-se ressaltar que os participantes que marcaram “Falso” em qualquer um dos mitos sobre VDCA foram compreendidos como tendo maior conhecimento sobre esse fenômeno do que os participantes que marcaram “Verdadeiro”.

Resultados e Discussão

Sobre o perfil dos participantes do projeto de capacitação, os dados são apresentados natabela a seguir:

Tabela 1. Características dos participantes do projeto de capacitação em termos de sexo e idade.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Sexo		
Feminino	88	98,1
Masculino	01	01,1
Total	89	100,0
Idade (anos)		
De 20-30	08	09,0

De 31-40	17	19,1
De 41-50	42	47,2
De 51-60	16	18,0
61 ou mais	05	05,6
Sem informação	01	01,1
Total	89	100,0

Os resultados mostram que quase a totalidadedos participantes do projeto de extensão era do sexo feminino. A predominância do sexo feminino na amostra estudada corrobora os achados de Vedovato e Monteiro (2008) que destacam que a grande presença das mulheres nessa ocupação está relacionada ao papel cultural da mulher na sociedade de educar e cuidar dos filhos, sendo, então, a profissão de professorconsiderada como uma extensão do trabalho doméstico.

Acerca da idade dos participantes, grande parcela deles se concentrou na faixa etária dos 41-50 anos, o que também confirma os dados da pesquisa de Vedovato e Monteiro (2008). Esse resultado aponta que a maioria dos educadores de Volta Redonda e que participaram do projeto de extensão tem um tempo considerável de atuação profissional na área.

Os resultados da análise dos questionários são apresentados na Tabela 2. Essa tabela mostra o total de respostas "Falso" (F) em cada questão dos questionários pré e pós-teste e suas porcentagens. Considerando que as questões referem-se aos mitos relacionados à VDCA, esperava-se que após a capacitação, os orientadores educacionais respondessem mais (F) aos itens dos questionários pós-teste, indicando, assim, mudanças de concepção e/ou representação da VDCA.

Tabela 2.Número e percentual de respostas aos Questionários de sondagem sobre a representação da VDCA pelos Orientadores Educacionais[113]

Questão	***n* falso pré-teste**	**% falso no pré-teste**	***n*falsopos-teste**	**% falsopós-teste**	**Diferença de percentual**	**χ^2**
Q1	42	47,7%	68	93,2%	45,5%	38,04***
Q2	30	34,1%	64	87,7%	53,6%	47,15***

[113] Deve-se ressaltar que alguns participantes que responderam ao pré-teste não responderam ao pós-teste, pois não ficaram até o final das capacitações, acarretando um número menor deste último.

Q3	81	91,0%	69	94,5%	03,5%	0,72
Q4	66	75,0%	64	87,7%	12,7%	4,12*
Q5	07	7,9%	65	89,0%	81,1%	107,03***
Q6	84	95,5%	62	93,2%	2,3%	0,40
Q7	80	89,9%	68	93,2%	3,3%	0,54
Q8	51	60,7%	69	94,5%	33,8%	24,78***
Q9	58	65,2%	59	80,8%	15,6%	4,90*
Q10	15	17,0%	53	72,6%	55,6%	50,48***

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Verificou-se que houve diferença significativa em sete das dez questões do questionário de sondagem acerca das representações da VDCA respondidas pelos profissionais de educação, todas com $p < 0,001$ ou $p < 0,05$. As questões 1, 2, 5, 8 e 10 foram aquelas nas quais houve uma maior diferença entre o pré e o pós-teste. Nas questões 3, 4 6 e 7 não se verificou diferenças significativas entre as respostas dos questionários, sendo que a maioria dos profissionais considerou a afirmativa falsa antes da intervenção, mostrando, assim, que eles já possuíam um conhecimento adequado sobre essas questões.

Considerando que a VDCA é, conforme Azevedo e Guerra (1998), cercada por de crenças resistentes às evidências empíricas e que se mantém pelo desconhecimento, ignorância ou por interesses ideologicamente disfarçados,esforços devem ser feitos no sentido de desmistificar conceitos e ideais errôneas, favorecendo uma compreensão correta do fenômeno para poder controlá-lo de maneira eficaz e impedir sua reprodução.Assim, ao propor um trabalho de capacitação aosorientadores educacionais a respeito da VDCA, objetivou-se romper com os mitos que circundam essa temática, favorecendo a construção de representações mais cientificamente embasadas e que possam nortear também formas de intervenção e encaminhamento corretos dos casos.

Portanto, a elaboração dos questionários (Pré e Pós-teste) neste trabalho visou inicialmente mapear os conhecimentos prévios dos educadores e verificar, após o trabalho de capacitação, se esse poderia desencadear transformações dos mesmos.Procurou-se, então, com a capacitação dos orientadores educacionais, romper com a crença que a VDCA é causada por fatores unidimensionais, a partir de características psicopatológicas do agressor (questões 1, 2 e 5 do questionário de

sondagem), ou por um problema exclusivamente social ou econômico (4ª. questão). Ao contrário, procurou favorecer uma compreensão fundamentada em um modelo teórico que considera esse fenômeno como decorrente da interação entre vários grupos de fatores: psicológicos, socioeconômicos, e culturais, cuja re(produção) é historicamente determinada (Azevedo & Guerra, 1998; Azevedo & Guerra, 2011; Branco &Tomanik, 2012).

Também teve como objetivo romper com a reprodução de padrões culturais em torno da educação familiar que aceitam a punição física como uma prática educativa da criança (questão 3). De acordo com Andrade et al (2011), a prática da punição física esteve sempre presente na história da humanidade e por muito tempo foi considerada benéfica na educação de crianças e adolescentes. Desconstruir essa concepção é tarefa fundamental para impedir as graves sequelas decorrentes da vitimização física.

Em relação à violência sexual, o trabalho de capacitação procurou apresentar aos educadores um olhar crítico acerca desse fenômeno,desconstruindo as crenças que impedem a sua identificação (questões 7, 8 e 9). A dúvida, a descrença acerca da vitimização sexual doméstica, sua gravidade, autoria e intencionalidade dos fatos, como bem apontado por Azevedo e Guerra (1998), são atitudes que podem impedir o profissional de realizar uma intervenção adequa ou, pior, colocar vida da vítima em risco.

Além disso, a capacitação também buscou favorecer atitudes corretas em termos dos encaminhamentos dos casos de VDCA (questão 12). Como destacam Nunes, Sarti e Conceição(2009), uma providência comum adotada pelos profissionais em casos de vitimização infantil é orientar a retirada das vítimas do convívio familiar, transferindo-as para Instituições de acolhimento ou para famílias substitutas. Segundo os autores, embora essas medidas possam até oferecer proteção contra novos episódios, as sequelas da violência não desaparecem com a retirada da criança do ambiente doméstico, podendo sofrer, em consequência disso, outros eventos negativos ou outras formas de vitimização. Dessa forma, os profissionais da área devem ser orientados sobre o melhor encaminhamento, dependendo do caso e de sua gravidade.

De forma geral, a análise das respostas aos questionários mostrou que, a partir dessa proposta de discussão das questões teórico-metodológicas acerca do fenômeno da VDCA, houve uma significativa transformação das ideais e representações dos profissionais de educação sobre esse grave problema social. Essa transformação poderá

favorecer a prevenção da VDCA por meio do engajamento dos orientadores educacionais na defesa dos direitos da infância.

Considerações Finais

Os resultados apresentados nesse trabalho apontam para os benefícios de projetos de capacitaçãopara os orientadores educacionais, pois podem favorecer as mudanças de concepções, representações acerca da infância e educação familiar, transformando-os em agentes multiplicadores no combate e prevenção da VDCA no ambiente escolar.Contudo, deve-se ressaltar que esse tipo de capacitação não deve ser uma ação pontual e isolada, mas configurada como um programa de formação contínua que favoreça a articulação com outros segmentos e instituições de assistência à infância, objetivando a criação de uma rede, que ofereça suporte para todos os profissionais envolvidos.

Referências

Andrade, E. M., Nakamura, E., Paula, C. S., Nascimento, R.,Bordin, I. A., &Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1), 147-155.

Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. A. (1998). *Infância e violência doméstica*: módulo 1A/B. São Paulo: LACRI-IPUSP.

Azevedo, M. A.,& Guerra, V. N. A. (2011). *Violência doméstica na infância e na adolescência*: uma nova cultura de prevenção. São Paulo: Plêiade/FAPESP.

Branco, M. A. O.,&Tomanik, E. A. (2012). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. *Psicologia e Sociedade*, 24(2), 402-411.

Brasil (1990). *Lei Federal no. 8069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.Brasília, DF.

Brasil (2014). *Lei Federal n. 13010,*de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante. Brasília, DF.

Faleiros, J.M., Matias, A.S.A. &Bazon, M.R. (2009). Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com

base em informações do setor educacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 337-348.

Gomez, V. R. V., &Bazon, M. R. (2014). Association between child maltreatment indicators and developmental problems in early childhood education. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24(2), 214-220.

Nunes, C. B.,Sarti, C. A., & Conceição, C. V. S. (2009). Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(Especial – 70 Anos), 903-908.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., &Fisher H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse andNeglect*, 37(10), 801–813.

Ristum, M. (2010). A violência doméstica contra crianças e as implicações da escola. *Temas em Psicologia*, 18(1), 231-242.

Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, M. H., Euser, E.M.,&Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *ChildMaltreatment*, 16(2), 79-101.

Vedovato T. G., &Monteiro, M. I. (2008). Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 291-297.

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: PERSPECTIVAS ATUAIS

ANTONIO AUGUSTO PINTO JUNIOR[114]
FERNANDA ALINE DE SOUZA[115]

Resumo

O presente trabalho objetivou a análise das pesquisas relacionadas à prevenção da Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes(VDCA), buscando as perspectivasmais atuais sobre esse tema. Por meio de um levantamento bibliográfico cobrindo o período de 2009 a 2013, em bases documentais eletrônicas disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês foram selecionados os artigos que tratavam especificamente de projetos e programas de prevenção primária. A partir dos textos selecionados, foi realizada a leitura analítica de todo o material, buscando ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes consultadas. Os resultados mostram que a maior produção bibliográfica na área pertence à vertente anglo-saxônica e que há uma relativa constância de publicação no decorrer dos últimos anos. Foram identificadas várias metodologias empregadas em projetos e programas dirigidos às famílias, comunidades e profissionais de saúde. As maiores dificuldades encontradas se referem à avaliação das variáveis que determinam o risco e as consequências da vitimização e a aferição dos resultados dos projetos e programas que visam à prevenção da VDCA.Conclui-se que o estudo da prevenção da VDCA é, ainda, limitado e muito pontual, demandando, assim, o desenvolvimento de novas investigações nesse campo.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Crianças e Adolescentes; Prevenção; Metanálise.

Atualmente, a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente (VDCA) vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social quanto um problema de saúde pública, em função dos altos índices de incidência na população mundial, aliados aos agravos à saúde das vítimas (Apostólico, Nóbrega, Guedes, Fonseca&Egry, 2012). Pesquisas recentes na área mostram que a VDCA, em suas várias modalidades (física, sexual, psicológica e a negligência),está longe de ser uma ocorrência marginal,

[114] Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense.
[115]Aluna de graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda - Universidade Federal Fluminense; bolsista de Iniciação Científica junto à Pró-reitora de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PROPPI)/UFF.

demandando, assim, o desenvolvimento de políticas eficazes de prevenção e combate do fenômeno (Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013; Christoffersen, Armour, Lasgaard, Andersen &Elklit, 2013; Finkelhor, Turner, Shattuck&Hamby, 2013).

Especificamente no que se refere à prevenção é importante destacar que este conceito é, de acordo com Minayo e Souza (1999), uma categoria importante no campo da assistência e da atenção em Saúde Coletiva e que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos e aos componentes dos atos terapêuticos dirigidos a esses agravos. De acordo com as autoras, esse nível de atenção se divide em três níveis: primário, secundário e terciário.

Sobre a prevenção da VDCA, o nível primário deve compreender as ações voltadas para a capacitação e sensibilização de profissionais de diversas áreas sobre as medidas preventivas da violência para que possam atuar, por meio de palestras e campanhas informativas, com pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário deve incluir formas de identificação, diagnóstico e estratégias de intervenção precoce dos casos de vitimização infantil. Já o nível terciário abrange o atendimento em unidades hospitalares, institucionais ou comunitárias, envolvendo maior grau de complexidade,com o objetivo de desenvolver estratégias de tratamento e/ou reabilitação das vítimas e dos agressores (Gomes, Silva &Njaine, 1999).

Porém, de acordo com Azevedo e Guerra (2011), embora haja, hoje, um consenso de que é necessário se investir em pesquisas, estudos e projetos de prevenção da VDCA, principalmente no nível primário, esse fenômeno, ainda, é um tema esquecido e “menorizado” na literatura científica, demandando, assim, maior atenção dos pesquisadores de diferentes campos do saber.A partir do exposto e considerando a necessidade de se conhecer o que tem sido produzido cientificamente sobre a VDCA, esse trabalho objetivou mapear o estado da arte da prevenção nesse campo do conhecimento.

Métodos

Para o desenvolvimento desse estudo foi realizado um levantamento bibliográfico em bases documentais eletrônicas disponíveis em três idiomas: português, inglês espanhol, cobrindo o período de 2009 a 2013. Primeiramente,foi realizada uma relação dos descritores que contemplassem a especificidade do trabalho, tais como: violência doméstica; child abuse; domesticviolence; malos tratos, prevenção, prevención,

prevention, estratégias de proteção; protectionstrategies; estrategias de protección etc. Da mesma forma foram definidas as bases de dados utilizadas para o levantamento bibliográfico:Psycoinfo, Bireme, Lilacs, Eric, Periódicos – CAPES e Web of Science.A seguir foi realizada a sistematização do levantamento bibliográfico, a partir de seis momentos distintos, porém, complementares, a saber: 1) busca de artigos na base de dados; 2) formatação da lista de artigos em planilha; 3) seleção dos artigos; 4) eleição das publicações mais pertinentes à pesquisa; 5) elaboração de gráficos analíticos sobre o processo de buscas, e finalmente, 6) a análise pormenorizada dessa produção.

Para a análise dos textos foi adotada a Leitura Analítica proposta por Gil (1991), buscando ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes consultadas. De acordo com o autor, a leitura analítica consiste em um processo de análise das referências bibliográficas obtidas, onde primeiramente se faz uma leitura textual, buscando uma abordagem primária dos textos. Posteriormente se realiza a análise temática (categorial), que visa compreender o que de fato foi abordado nos referenciais, e por último, uma análise interpretativa, feita para absorver benefícios para o tema pesquisado.Assim, a produção bibliográfica selecionada foianalisada a partir das seguintes categorias: a) idioma dos artigos; b) ano de publicação; c) tipo de violência discutida no artigo; d) conteúdos (populações-alvo, estratégias utilizadas,e avaliação dos projetos/programas de prevenção).

Resultados e Discussão

Foram encontrados 88 trabalhos científicos publicados em periódicos científicos nas áreas de educação, saúde e assistência social, em vários países. Em função da pequena quantidade de artigos de prevenção da VDCA, é possível perceberque esse é um tema pouco estudado pelos pesquisadores, apesar de sua relevância e dos impactos causados às vítimas e à sociedade (Azevedo & Guerra, 2011; Gomes, Silva &Njaine, 1999). A análise das categorias construídas a partir do levantamento bibliográfico é apresentada na tabela abaixo.

Tabela1. Resultados da análise dos artigos selecionados de acordo com as categorias propostas

CATEGORIAS DE ANÁLISE	N	%
Idioma		
Inglês	56	63,6

Português	18	20,5
Espanhol	14	15,9
Total	88	100
Ano		
2009	16	18,2
2010	20	22,7
2011	18	20,5
2012	17	19,3
2013	17	19,3
Total	88	100
Tipo de violência		
Múltiplas Violências	58	65,9
Violência Sexual	15	17,0
Violência Física	07	08,0
Violência Psicológica	04	04,6
Negligência	03	03,4
Violência Fatal	01	01,1
Total	88	100

Primeiramente, ao se analisar o idioma de publicação dos artigos científicos verificou-se que a maioria é de língua inglesa, confirmando o que outros estudos também encontraram (Pinto Junior, 2005; Azevedo e Guerra, 2011). Embora os trabalhos selecionados em sua maioria pertençam à vertente anglo-saxônica, amplamente reconhecida como de maior tradição na área da pesquisa científica, inclusive no campo das Ciências Humanas, Sociais e de Saúde, parece começar a surgir em nosso meio uma preocupação maior com o problema da vitimizaçãoinfantil, e em especial com sua prevenção, o que se confirma com os 20,5% dos artigos na língua portuguesa, apresentando uma porcentagem maior do que a de artigos de língua espanhola.

A análise da distribuição dos artigos científicos no período selecionado apontou certa constância na produção de estudos e pesquisas na área ao longo dos últimos anos. Considerando a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que focalizem a prevenção da VDCA e que a prevenção é uma pasta importante da Saúde Coletiva (Azevedo & Guerra; Minayo&Souza, 1999) esperava-se um aumento da produção

bibliográfica ao longo dos anos. Contudo, os dados mostraram que isso não ocorreu, e que o interesse nesse campo ainda é muito tímido e pontual.

Sobre as modalidades de VDCA que foram alvo de estudos de prevenção, os resultados indicaram que os pesquisadores ainda elegem as violências que acreditam causar um maior impacto no desenvolvimento sócio psicológico das vítimas, ou que deixam marcas e sinais mais facilmente identificáveis (violência sexual, física ou a combinação de múltiplas violências). Em outras palavras, ainda não consideram aquelas de difícil detecção, como a violência psicológica e a negligência, e muito menos aquela que leva a vítima a óbito.

Ao se analisar o conteúdo dos artigos, denotou-se que dentre as populações-alvo dos projetos e programas de prevenção da VDCA, destacaram os trabalhos dirigidos às famílias, à comunidade e aos profissionais de saúde.No que diz respeito aos estudos que tem como foco o trabalho preventivo com a família, a maioria tem-se voltado para as mães e se dedicado a explorar suas características que podem facilitar a práticada VDCA. A literatura assinala a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionada às mães que foram vítimas de abuso na infância, de forma a aumentar o apoio social com o objetivo de interromper o ciclo de maus tratos que envolvem a VDCA. Os resultados também revelaramque a atividade mais consistente na prevenção e com melhores resultados foi a visita domiciliar às famílias em situação de risco(Berlin, Appleyar & Kenneth, 2011; Hall, 2011; Bugental& Schwartz , 2009; Scott &Lishak,2012; Walsh,Brandon&Chirio, 2012; Hunt &Walsh, 2011; Baker, Brassard, Schneiderman,Donnelly&Bahl, 2011).

Os trabalhos com foco nos projetos de prevenção junto à comunidade tiveram como objetivo transmitir conhecimentos sobre a violência e desenvolver competências psicossociaisem crianças e adolescentes, principalmente nas escolas. Os resultados desses estudos sugerem a necessidade de integração da rede social (conselhos de direitos, tutelares e instituições de assistência à infância), além do fortalecimento de programas de intervenções e proteção, com comprometimento de gestores e técnicos e a continuidade das ações, como estratégias para o enfrentamento da violência infantil. (O'Neill,Gabel,Huckins&Harder, 2010; Romero,Pick ,Coria & Givaudan,2010).

Em relação ao trabalho de prevenção junto aos profissionais de saúde, os artigos afirmam que os pediatras e demais profissionais da atenção básica ocupam uma posição

favorável para identificar as crianças em risco, para auxiliar na proteção da população em geral e para execução de atividades de prevenção de crianças consideradas em situação de risco. Os serviços de atenção básica figuram como lócus privilegiado na prevenção do abuso infantil, de acordo com as pesquisas, e as ações que facilitam o acesso generalizado de famílias a esses serviços são de fundamental importância, especialmente no período em que a criança é mais vulnerável (menos de 5 anos de idade). Da mesma forma, ponderam que esse tipo de intervenção sópode se efetivar, de forma a privilegiar a prevenção da VDCA,quando os profissionais possuem uma formação que lhes possibilite identificar de forma eficaz os aspectos relacionados a esta violência (Branco &Tomanik, 2012; Bugental& Schwartz, 2009; Scott &Lishak,2012; Walsh,Brandon&Chirio 2012; Hunt &Walsh, 2011;Moreira, Vasconcelos, Marques & Vieira, 2013; Souza & Santos 2013)

Ao se analisar as estratégias empregadas nos projetos de prevenção da VDCA foram identificadas um número relativamente grande. Dentre eles destacam-se o uso de palestras dirigidas para pais e comunidades, a utilização de recursos midiáticos (cartazes, cartilhas, filmes, etc.) e cursos de capacitação para profissionais de saúde. Além desses, foram reportados também o uso de entrevistas com conselheiros tutelares, promotores de justiça e profissionais da saúde, visitas domiciliares, monitoramento de aleitamento materno, e a prática participativa de grupos de proteção da criança (Berlin, Appleyar & Kenneth, 2011; Evans, Falconer, Khan & Ferris,2012).

Acerca das avaliações e resultados dos projetos e programas discutidos pela bibliografia selecionada, os dados demonstraram a existência de alguns obstáculos que dificultam o trabalho de prevenção da VDCA. As metodologias utilizadas demonstraram ser, em sua maioria, adequadas, entretanto apresentam dificuldade, pois demandam que se estabeleçam critérios de seleção dentre os vários indicadores de VDCA.

Outro obstáculo se refere à identificação das famílias em situação de risco para a prática da VDCA, pois muitas vezes a vitimização infantil é envolvida por um pacto de silêncio que impede a notificação e, consequentemente, a identificação das famílias abusivas. Contudo, segundo alguns estudos, essa identificação deve ser considerada parte importante das estratégias para promover o tratamento adequado e a prevenção de abuso infantil, principalmente no setor da saúde. (Campbell, Cook & LaFleur,2010; Deslandes, Mendes, Pires & Campos, 2010). Os artigos também apontaram que o estudo nessa área é, muitas vezes, limitado e parcial devido à complexidade do problema, e que as dificuldadesse concentram na definição e demarcação das variáveis que determinam o

risco e a consequente violência, e,principalmente, na avaliaçãodos resultados dos projetos e programas que visam à prevenção da VDCA.

Considerações Finais

De forma geral, a partir do estudo bibliométrico aqui apresentado,pôde-se perceber que a prevenção da VDCA ainda é um assuntopouco tematizado nas pesquisas acadêmicas, embora se trate de um grave problema de saúde pública, devido à sua incidência e inúmeras sequelas apresentadas pelas vítimas. Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de outras investigações que visem mapeardiferentes estratégias de prevenção deste fenômeno, buscando também avaliar o impacto e os resultados dessas estratégias na tarefa de combater um dos principais fatores de morbimortalidade na população infanto-juvenil.

Referências

Apostólico, M. R., Nóbrega, C. R., Guedes, R. N., Fonseca, R. M. G. S., & Egry, E, Y. (2012). Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2), 266-273.

Azevedo, M.A. &Guerra, V.N.A. (2011). *Violência doméstica na infância e na adolescência*: uma nova cultura de prevenção. São Paulo: Plêiade/FAPESP.

Baker, A.J., Brassard, R., Schneiderman, M. S., Donnelly L.J., & Bahl, A. (2011). How well do evidence-based universal parenting programs teach parents about psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 35(10), 855-865.

Berlin, L. J., Appleyard, K., &Kenneth, D. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82(1), 162–176.

Branco M. A., & Tomanik, E. A. (2012). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. *Psicologia e Sociedade*, 24(2), 402-411.

Bugental, D.B.; &Schwartz A.A. (2009). A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. *Developmental Psychology*, 45(1), 284–288.

Campbell, K. A., Cook L. J., & LaFleur, B. J. (2010). Household, family, and child risk factors after an investigation for suspected child maltreatment: a missed opportunity for prevention.*Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 943-949.

Christoffersen, N. M., Armour, C., Lasgaard, M., Andersen, T.E, &Elklit, A. (2013). The prevalence of four types of childhood maltreatment in Denmark. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 149–156.

Deslandes, S.L., Mendes, H.F., Pires, O.T., & Campos, S.D. (2010). Uso da Técnica Grupo Nominal e do Método Delphi para a elaboração de indicadores de avaliação das estratégias de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, (10), 479-493.

Evans, W. D, Falconer, M. K., Khan, M., & Ferris, C. (2012).Efficacy of child abuse and neglect prevention messages in the Florida winds of change campaign.*Journal of Health Communication*, 17(4), 413-431.

Finkelhor D., Turner, H. A., Shattuck, A., &Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614-621.

Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R., Silva, C. M. F. P., & Njaine, K. (1999). Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1),171-181.

Hall, S. (2011). It's going to stop in this generation: women with a history of child abuse resolving to raise their children without abuse. *Harvard Education Publishing Group*, 81(1), 24-50.

Hunt, R., & Walsh, K. M. (2011). Parents' views about child sexual abuse prevention education: a systematic review. *Australasian Journal of Early Childhood*, 36(2), 63-76.

Minayo, M. C. S., & Souza, E. R. (1999). É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 1, 07-32.

Moreira, G. R., Vasconcelos, A., Marques, L. A., & Vieira, L.E. (2013). Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 223-230.

O'Neill E.O., Gabel J., Huckins, J., & Harder, J. (2010). Prevention of child abuse and neglect through church and social service collaboration. *Social Work and Christianity*, 37(4): 381-406.

Pinto Junior, A. A. (2005). *Violência sexual doméstica contra meninos*: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C., &Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse and Neglect*, 37(10), 801–813.

Romero, A., Pick, S., Coria A. P., & Givaudan, M. (2010). Evaluación del impacto de un programa de prevención de violencia en adolescente. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (2), 203-212.

Scott, K.L., Lishak, V. (2012). Intervention for maltreating fathers: statistically and clinically significant change. *Child Abuse and Neglect*, 36(9):680-684.

Souza, R. G., & Santos, D. (2013). Enfrentando os maus-tratos infantis nas unidades de saúde da família: atuação dos enfermeiros.*Physis*, 23(3), 783-800.

Walsh, K, Brandon, L, Chirio, L.(2012). Mother-child communication about sexual abuse prevention. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(4), 399-421.

EMPREENDEDORISMO NA TERCEIRA IDADE: UM ESTUDO PILOTO [116]

ADILIANA DOS SANTOS PERES[117]

CLAUDIA ARANHA GIL[118]

RESUMO

A aceleração do envelhecimento populacional gera diversas demandas, inclusive a criação de uma forma de atuação profissional diferente para a terceira idade. Neste contexto, surge o empreendedorismo, como perspectiva de uma nova relação de trabalho na maturidade. Objetivou-se analisar o universo do empreendedor idoso, suas características, percepções e motivações. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que contou com a participação de 3 idosos empreendedores, de ambos os sexos na faixa etária entre 63 e 75 anos. Inicialmente foi aplicado o questionário sociodemográfico e o Questionário CEI (*Carland Entrepreneurship Index*), sendo que o participante classificado como empreendedor participou de uma entrevista semidirigida. Para análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Para o idoso o processo de empreender está relacionado ao desejo de modificar o meio em que se vive e foi motivado inicialmente pelo sentimento de inquietação por algo novo e pela necessidade de colocar em pratica o conhecimento adquirido. Foram apontadas como características principais: otimismo, determinação e capacidade de realizar, bem como as habilidades em perceber oportunidades e correr riscos de maneira calculada. O empreendedorismo surgiu como maneira favorável do idoso continuar sua relação com o trabalho, pois reúne a aplicabilidade do conhecimento e experiências adquiridas.

Palavras-chave: envelhecimento, empreendedorismo, terceira idade, mercado de trabalho.

Introdução

[116] Este estudo faz parte da Dissertação de Mestrado em Ciências do Envelhecimento intitulado"Empreendedorismo e Envelhecimento: perspectivas de uma nova relação de trabalho na maturidade" (USJT -2014),da autoria de Adiliana dos Santos Peres e orientado pela Profa. Dra. Claudia Aranha Gil.

[117] Psicóloga, Mestre em Ciências do Envelhecimento, professora do Instituto Europeo de Design e professora convidada da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

[118] Psicóloga, Professora Doutora no Programa de Ciências do Envelhecimento da Universidade são Judas Tadeu e pesquisadora no Projeto APOIAR-IPUSP..

Envelhecer é inevitável e lidar com suas consequências tem se tornado um dos maiores desafios do século 21. As análises demográficas demonstram que o envelhecimento progressivo da população e o consequente aumento da expectativa de vida têm sido considerados uma tendência mundial. De acordo com o Banco Mundial (2012), até 2050 as pessoas com mais de 60 anos representarão 49% da população economicamente ativa no Brasil. Segundo os estudos, nos dias atuais esta representação é de 11%. Outro estudo mostrou que até 2020, o PIB per capita do país será aumentado pelos idosos em 2,4 pontos percentuais. Essas informações demonstram que a força produtiva das pessoas da terceira idade está diretamente relacionada com a velocidade com que as pessoas estão envelhecendo no Brasil

Estudar o envelhecimento passou a ser cada vez mais necessário, no sentido de compreender e explicar a heterogeneidade dos aspectos que envolvem esta fase da vida. Essa demanda de compreender o "novo velho" leva ao estudo da identidade do indivíduo na terceira idade, considerando-o em todos os aspectos que o envolvem, uma vez que o idoso tem assumido cada vez mais comportamentos diferenciados dos até então vistos pela sociedade. A velhice pode ser compreendida então como um fenômeno multifacetado. Desse modo deve-se levar em consideração os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, relacionados ao processo de busca de informações e habilidades de resolução de problemas. (Mercadante, 2003).

De acordo com Lee (2012) os idosos de 70 anos vêm apresentando plenas condições de continuidade no trabalho, pois são profissionais que têm se mostrado tão ou mais saudáveis do que as pessoas de 60 anos de idade de três décadas atrás. Isso se deve ao fato que o idoso passou a ter ganhos na qualidade de vida de maneira significativa, passando a viver mais e melhor .Para o autor, a atual economia mundial tem buscado menos trabalho que exige força física e mais aptidões relacionadas ao cérebro, sendo este o momento no qual a maturidade do profissional mais velho e experiente torna-se mais valorizada.

É importante ressaltar também que com o aumento da expectativa de vida, o idoso tem demonstrado cada vez mais a necessidade de se manter ativo no mercado de trabalho, num ambiente que o indivíduo vale pelo que produz, dando continuidade em seus projetos de vida ou mesmo inovando em novos objetivos de produtividade. Desse modo, o empreendedorismo tem se mostrado também como um estímulo para os profissionais da terceira idade, no sentido de criar oportunidades de se conhecer e

perceber habilidades que para alguns até o momento foram ignoradas. O empreendedorismo favorece a criação de oportunidades propiciando momentos onde o indivíduo idoso possa refletir, adquirir e ampliar seu conhecimento, bem como de se capacitar no sentido de tomar atitudes e atuar como agente modificador do meio externo. (Schmitz; Lapolli; Bernardes, 2011).

Em um estudo recente de monitoramento das idades dos fundadores de empresas no Estado de São Paulo, o SEBRAE (2013) afirma que de 13% dos novos negócios tem sócios com idade acima de 50 anos. Atualmente estes profissionais mais velhos estão se posicionando no mercado no mesmo padrão de faixa etária de empreendedorismo predominante, que é entre 25 e 39 anos de idade, representando 50% das novas empresas. O número de empresas abertas e fechadas pelos empreendedores mais velhos é proporcional ao dos jovens. É destacado ainda que os profissionais idosos demonstram maior tolerância à pressão, bem como habilidade em lidar com a ansiedade, reagindo de maneira mais segura diante das circunstâncias, com menor probabilidade de correr riscos e maior planejamento.

Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo é analisar as características dos empreendedores na terceira idade. Como objetivos específicos, esta pesquisa procura identificar as motivações empreendedoras no idoso; verificar como o idoso vivencia aspectos relativos às oportunidades e riscos na sua atividade empreendedora e verificar qual as perspectivas do futuro para o empreendedor na velhice..

Metodologia

A metodologia utilizada no presente estudo foi qualitativa, com enfoque no significado do comportamento do indivíduo, ou seja, sua percepção em relação ao tema proposto (Oliveira,1997). O presente estudo é um piloto e foi realizado com 3 idosos, de ambos os gêneros, na faixa etária entre 63 anos e 75 anos de idade, alfabetizados, que foram contatados por acessibilidade. Os participantes são proprietários atuantes de negócio formal (sócio proprietário no contrato social da empresa com CNPJ) ou informal (dono de negócio não legalizado de acordo com legislação brasileira). Além dos critérios expostos participaram do estudo os idosos que obtiverem a classificação relativa à categoria de empreendedor ou macroempreendedor, de acordo com o instrumento utilizado na coleta de dados nessa etapa – Questionário CEI (*Carland Entrepreneurship Index*). elaborado originalmente em inglês por Carland e Carland e Hoy (1992) foi utilizado com o objetivo de

identificar características que compõem traços do empreendedor com diferentes graus de intensidade, sendo considerados os participantes que pontuarem no questionário nos graus empreendedores (de 16 a 25 pontos) ou macroempreendedores (de 26 a 35 pontos).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu (CEP), de acordo com Parecer Consubstanciado do CEP, Ofício 151.664. Após a assinatura do TCLE os participantes responderam ao questionário sociodemográfico a um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo dez questões referentes ao tema, formulado pelas pesquisadoras. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Foi utilizada como metodologia de análise dos dados, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005). Sua proposta é expressar o pensamento ou a opinião de uma coletividade, organizando os dados qualitativos de natureza verbal, obtidos por meio de depoimentos. Para os autores o discurso síntese é obtido a partir dos fragmentos de discursos dos indivíduos, reunidos por sua similaridade de sentidos. Estes discursos são expressos na primeira pessoa do singular, formatados pelo pesquisador e representam a junção dos discursos individuais, viabilizando e representando um pensamento social coletivo.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Para garantir o sigilo, chamaremos os três participantes pelas letras do alfabeto de maneira sequencial. O participante A tem 63 anos de idade, é do sexo masculino, tem o 1º grau do ensino fundamental incompleto e alcançou 18 pontos do questionário CEI, sendo classificado como empreendedor. Atua como empreendedor desde 1963, ou seja, há 40 anos está no segmento comercial do ramo alimentício. O participante B tem 74 anos, é do sexo masculino, tem formação superior completa, foi classificado como empreendedor no questionário CEI, com 18 pontos alcançados. Há 40 anos tem seu próprio negócio no segmento de prestação de serviço, no ramo da saúde. A participante C tem 75 anos de idade, é do sexo feminino, com superior completo, obteve 19 pontos no questionário CEI, tendo classificação como empreendedora e atuando há onze anos como prestadora de serviços de consultoria, no ramo farmacêutico. Iniciou-se como empreendedora após sua aposentadoria e afastamento do trabalho formal que realizou durante toda sua trajetória profissional.

A seguir apresentamos na forma de quadros as principais ideias centrais e os seus respectivos discursos coletivos produzidos, provenientes dos temas abordados na entrevista semidirigida, com a análise dos resultados.

Quadro 1.1. O processo de empreender

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Modificação do meio, querer fazer algo diferente	Meu processo de empreender começou quando eu comecei a ver erros que eu classificava como barbaridade. Aí então eu procurei sair fora daquela forma, estudei demais, fui praticamente o melhor aluno da minha turma. Eu tinha muito conhecimento, mas não sabia transformá-lo em negócio, em produto, e não sabia fazer disso um negócio. Eu queria tocar uma coisa, eu queria fazer uma coisa diferente. Então, trabalhei demais para conseguir chegar aonde eu cheguei, mas para mim era muito nítido assim, que eu queria continuar, queria ser ativo, mas eu não queria um emprego. Daí eu comecei a questionar, isso foi ficando na minha cabeça, isso foi crescendo na minha cabeça, foi amadurecendo. Até que eu recebi um convite para trabalhar exatamente naquilo que eu pensava.

O discurso produzido apresenta características semelhantes ao conceito de empreendedor formulado por Dornelas (2003), quando aponta que é a pessoa que por meio de ideias cria algo novo e de valor, modificando o ambiente em que vive. Para o autor, os empreendedores modificam seu meio, muitas vezes apresentando algo diferente do que existe, pois questionam e ficam atentos a tudo que os rodeiam, com o objetivo de observar oportunidades. O discurso mostra estes questionamentos e incômodos, bem como o desejo, o sonho de mudar, alterar e propor soluções diferentes das que até então se tem no ambiente ao redor deste profissional.

Quadro 1.2. Motivação para empreender

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Um incômodo, uma inquietação	Na verdade, a motivação eu já tinha quando eu comecei a perceber as coisas. O tempo todo tava ali, uma pergunta que começa a amadurecer, quase que um incômodo, é uma inquietação.
Associação de conhecimento e prática	Eu sou privilegiada, porque depois que eu me aposentei e comecei a aprender uma coisa nova, ou seja, trabalhar com algo que possa usar meu conhecimento e fazer dele um produto, um negócio. O casamento dessas duas coisas não é fácil, e isso foi a mudança na minha motivação.

Segundo Dornelas (2003) o empreendedor persiste e não desiste de tentar e buscar no meio em que vivem novas formas de executar o que percebe ser um ato modificador do meio, tornando esta situação algo motivador em sua vida. Neste ponto, o incômodo é presente, esta inquietação interna de se questionar o tempo todo e ficar atento para poder encontrar algo inovador para propor a realização no ambiente em que vive. Esta proposta de algo novo para atender a esta inquietação trazida neste discurso denota ser algo bem motivador para o empreendedor.

O segundo discurso trata como fator motivacional para iniciar um negócio o fato de poder associar o conhecimento com a prática. Esta questão é bem interessante, pois mostra que o empreendedor sabe da importância do conhecimento de seu negócio, porém o motivador é poder colocá-lo em prática e, ter a possibilidade de continuar aprendendo coisas novas. Os temas dos discursos produzidos pelos participantes vão de encontro aos resultados do estudo feito pelos autores Hisrich e Grachev (1995). De acordo com essa pesquisa, entre outros temas, o interesse na área de um novo negócio, desejo de independência, necessidade econômica, oportunidade e a frustração com o atual trabalho foram consideradas motivações do individuo para iniciar um novo empreendimento.

Quadro 1.3. Características de personalidade importantes para a atividade de empreender

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
1ª O empreendedor precisa ser determinado, otimista e cuidar de sua imagem	O empreendedor tem que ser determinado, tem que ser otimista, tem que pensar alto, imaginar sempre uma coisa maior, imaginar e isso cristalizar, as coisas têm que acontecer. Se você não tiver esse pensamento e ficar com medo, pensando será que vai dar certo, será que não vai dar certo, não acontece. Você precisa pensar lá na frente, para não perder o foco no cliente, tem que pensar lá na frente. A minha imagem é uma característica muito importante, minha imagem é muito importante no meu negócio.

Com relação às características de personalidade que os entrevistados consideram importantes para uma pessoa empreender, foram citadas como competências necessárias aos empreendedores o determinismo, otimismo, ambição e preocupação com

a autoimagem. Essas características advindas desses discursos nos remetem aos estudos realizados por Hisrich e Grachev (1995) e Dornelas (2007) que por meio de pesquisas com empreendedores, apresentaram algumas características de personalidade. Dentre elas e em consonância com os discursos, podemos citar a autoconfiança dos empreendedores, em ter a certeza de ver seu negócio e em andamento, conforme acreditam, sem a necessidade de reconhecimento. Para os autores, a necessidade de realização e o foco em resultado são características presentes nas personalidades empreendedoras.

Quadro 1.4. Identificação das oportunidades de negócios

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
1ª Acompanhar e pesquisar o mercado, ir atrás do novo e dos concorrentes.	Para identificar oportunidades, eu tou sempre acompanhando tudo do meu negócio. Acho que a construção é algo muito sólido. Tou atrás destas coisas seguras. Eu tou sempre atrás de novidades. Se alguém comenta algo pertinente, eu já vou atrás. Eu primeiro faço a pesquisa, visito outros concorrentes para ver como eles trabalham. Eu também vou aos concorrentes, porque eu sou igual a eles. O que eles sabem eu também sei. Você tem que estar na frente das coisas. Esse desafio é que é legal, isso é o que motiva a gente, renova a gente.

Este tema é trazido por Schmitz et al (2011) quando fala sobre o idoso empreendedor, que por muitas vezes apresenta melhores condições de perceber oportunidades, pois detém maior experiência, ou seja, apresentam uma grande bagagem vivida e um potencial cognitivo importante que por muitas vezes os levam a procuram fugir do convencional e propor novas soluções até então não percebidas. Nesse contexto também Dornelas (2003) e os pesquisadores do SEBRAE (2013) citam a presença da característica visionária do empreendedor, no sentido de estar atento a tudo que o rodeia, explorando oportunidades nos momentos mais adversos, buscando muitas vezes sair do senso comum e fazer a diferença no ambiente em que vivem.

Quadro 1.5. Os riscos na atividade de empreender

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
1ª O risco existe o tempo todo e é necessário	A gente corre risco direto. O risco nos negócios também existe.Acho que você se arrisca, não pode dizer que você não se arrisca. Chega uma hora que você precisa se arriscar. Tem uma hora que dá uma sorte de um jeito ou de outro. Tem um determinado momento que você tem dois

	caminhos que você tem que escolher, e um e é o certo.

Quando se buscou entender a opinião dos empreendedores sobre correr riscos, tivemos expresso o reconhecimento da existência do risco no ato de empreender, até mesmo como uma necessidade do próprio trabalho desenvolvido, decorrência da tomada de decisão inerente ao negócio. Neste ponto, o significado da palavra empreender, advinda do francês – *Entrepreneur* – e que quer dizer aquele o indivíduo que assume riscos e começa algo novo, nos mostra que o empreendedor, assim como conceitua Dornelas (2003), é a pessoa capaz de identificar oportunidades e criar algo de valor, principalmente correndo riscos em seu negócio.

Quadro 1.6. Perspectivas do futuro para o empreendedor

Ideias Centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
1ª Ser mais velho e ter experiência é produtivo	O empreendedor tem experiência, que é uma idade ótima para produzir. O médico mais ou menos, o economista só trabalha até a hora que quer, o jornalista trabalha até a hora que quer. O profissional autônomo só tem benefícios. Eu quero ficar rico até os 75 anos e depois dar palestras. É verdade, eu já me programei.

Schmitz et al (2011) afirmam que muitas vezes, os idosos percebem que ainda irão trabalhar muito em suas vidas, devido ao aumento da expectativa de vida. Nesse discurso, após certa idade empreendendo, a programação é de continuar produtivo, fazendo palestras, ou seja, disseminando os conhecimentos adquiridos ao longo da trajetória profissional deste indivíduo, confirmando o que os autores trazem quando citam que pelo conhecimento adquirido, estes profissionais empreendedores podem continuar a visualizar oportunidades.

Considerações Finais

O processo de empreender está relacionado principalmente ao anseio por fazer algo diferente do que se percebe no ambiente em que vive, procurando modificá-lo. Os motivos que levaram os participantes a iniciar um empreendimento estão principalmente relacionados a existência de uma inquietação interna, levando-os a procurar situações que respondessem esses sentimentos, propondo novas ideias ou formas diferentes de trabalhar, sendo muitas vezes persistentes, apesar das dificuldades enfrentadas.

Mostraram que poder colocar em prática o que adquiriram de conhecimento em suas vidas também os motivou a iniciar um novo negócio.

O presente estudo buscou destacar as características de personalidade e habilidades necessárias para empreender e foram abordados aspectos como determinação, otimismo, preocupação com a própria imagem e a importância do profissional ter habilidade em perceber as necessidades de seus clientes, procurando atendê-las de maneira satisfatória. Para identificação de oportunidades, o projeto piloto nos mostrou a importância do empreendedor considerar as pesquisas no mercado em que o negócio atua e concorrentes, ou seja, acompanhamento direto das tendências e necessidades percebidas.

Ao se falar sobre os riscos na atividade de empreender destacou-se o reconhecimento do risco como inerente para a atividade desenvolvida, em decorrência da necessidade constante do profissional tomar decisões estratégicas em seu negócio. A perspectiva do futuro para esses idosos leva em conta a relação da experiência já conquistada e a continuação de uma vida produtiva, confirmando dados da literatura que ressaltam que pelo conhecimento adquirido esses profissionais podem continuar visualizando oportunidades.

Dentro deste cenário, podemos considerar também que embora esse estudo piloto tenha sido realizado com um pequeno número de participantes propiciou à oportunidade de perceber que muitas das ideias centrais que produziram os discursos do sujeito coletivo estão de acordo com a revisão da literatura utilizada no estudo. Porém, existe uma escassez de literatura e estudos de campo em relação ao tema, demandando aos pesquisadores um olhar diferenciado para os empreendedores na terceira idade em seus estudos.

De modo geral, a visão do idoso empreendedor que surge a partir dos discursos produzidos é os participantes demonstraram ser profissionais atuantes, conscientes de seu conhecimento, com potencial de realização e disseminação do que pôde angariar no decorrer de sua trajetória profissional. Sendo assim, o empreendedorismo surge como uma boa oportunidade de absorver este novo profissional, valorizando este indivíduo com suas qualidades e sendo um grande aliado para o aquecimento da atividade econômica. Para o idoso, a consequência disso tudo poderá será uma melhora na sua qualidade de

vida, levando-o, muitas vezes a se sentir realizado e produtivo, ou seja, com um envelhecimento bem-sucedido.

REFERÊNCIAS

Carland, J. W.; Carland, J. C.; Hoy, F. S. (1992) An Entrepreneurship Index: an empirical validation. In: *Frontiers of Entrepreneurship Research*, v.25, n.3, 244-265.

Dornelas, J. C. A. (2003) *Empreendedorismo Corporativo*: como ser empreendedor, inovar e se diferenciar na sua empresa, Rio de Janeiro: Elsevier.

Dornelas, J. C. A. (2007) *Empreendedorismo na prática*: mitos e verdades do empreendedor de sucesso, Rio de Janeiro: Elsevier.

Hisrich, R. D.; Grachev, M. V. (1995) The Russian entrepreneur: characteristics and prescriptions for success. *Journal of Managerial Psychology***,** v. 10, n.2, 3-9.

LEE, R. (2012) Macroeconomic implications of demographic change: A global perspective University of California at Berkeley , BOJ-IMES *Conference, "Demographic Changes and Macroeconomic Performance,"* Tokyo.

Lefréve, F.; Lefrve, A. M. C.'(2005) *Discurso do Sujeito Coletivo*: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos), 2. Ed, Caxias do Sul, RS: Educs.

Mercadante, E. F. (2003) *Velhice, a Identidade Estigmatizada*, São Paulo: Editora Cortez.

Oliveira, S. L. (1997) *Tratado de Metodologia Científica*: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses, São Paulo.

Schmitz, A. L. F.; Lapolli, ***E. M.;*** Bernardes, J. F. (2011) Estimular o empreendedorismo na terceira idade. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, Florianópolis, v. 8, n. 12, 109-121.

Serviço Brasileiro de Apoio as Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) (2013). Mortalidade das Empresas. Recuperado em 25 de abril, 2013: http://www.sebraesp.com.br/TenhoUmaEmpresa/Biblioteca/OutrosConteudos/EstudosEPesquisas/MortalidadeDasEmpresas/Paginas/MortalidadeDasEmpresas.aspx#bottom

VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NO HOSPITAL GERAL

LUANA MAIA MARAFANTE[119]
REGIANE NONATO MASCARENHAS[120]
CLAUDIA ARANHA GIL[121]

RESUMO

Trata-se de um estudo de campo com abordagem qualitativa, que tem como objetivo analisar a vivência dos profissionais da área da saúde com pacientes em cuidados paliativos no hospital geral. Participaram do estudo 09 profissionais da área da saúde, de ambos os sexos, com idade entre 28 e 56 anos que atuam ou atuaram diretamente com pacientes em cuidados paliativos em um hospital geral. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e os dados foram analisados segundo análise de conteúdo. Constatou-se a importância da atuação do profissional de saúde na abordagem de cuidados paliativos e sua relevância no sentido de oferecer apoio e a orientação ao paciente, à família e a própria equipe, bem como proporcionar conforto e dignidade durante o processo de morte. Em relação às vivências dos profissionais relacionadas à morte destacou-se que a formação de vínculo com o paciente traz sofrimento, bem como a necessidade da criação de mecanismos de proteção, sendo valorizada a importância do trabalho multidisciplinar. Foi mencionada a importância da família e a compreensão do contexto familiar no tratamento do paciente.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Equipe multiprofissional. Psicologia da Saúde.

INTRODUÇÃO

Cuidar de pacientes terminais e de sua família é um novo modelo de assistência chamado na área da saúde de “Cuidados Paliativos”. De acordo com Costa (2011), a utilização do termo paciente terminal e paciente com indicação para cuidados paliativos ainda gera grande confusão entre os profissionais de saúde. Para a autora, o paciente terminal é aquele que possui doença incurável, em estado avançado, cuja resposta aos tratamentos é praticamente nula. Segundo Maciel (2008), o paciente elegível para o recebimento de cuidados paliativos é o portador de doença progressiva e crônica, com prognóstico de abreviação da vida em meses ou ano. O termo paciente terminal vem

[119] Psicóloga graduada na Universidade São Judas Tadeu
[120] Psicóloga graduada na Universidade São Judas Tadeu
[121] Psicóloga, Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu.

sendo substituído gradualmente com o crescimento da abordagem de cuidados paliativos, à medida que os profissionais percebem que é possível aplicar esse cuidado durante todo o processo da doença, a partir de seu diagnóstico.

De acordo com Boemer (2009), os cuidados paliativos propõem uma transformação na forma de cuidar, alterando o paradigma da cura para o cuidado. Assim, a assistência paliativa não deve ser considerada como alternativa ao fracasso do tratamento curativo e sim como um cuidado oferecido ao paciente desde o início do tratamento da doença, o que o ajudaria a viver melhor, tendo mais qualidade de vida até o momento da morte. Essa abordagem surge como alternativa ao paradigma de cura médica, que busca curar a doença a qualquer custo, pois valoriza a qualidade de vida através do cuidado integral e respeita a autonomia do paciente diante do processo de morte. (Combinato & Queiroz, 2006)

Pela grande incidência de mortes causadas por uma infinidade de doenças ainda incuráveis - como o câncer, a AIDS e as doenças degenerativas - a aplicação do cuidado paliativo tornou-se uma realidade quase obrigatória no tratamento de pacientes fora de perspectivas terapêuticas de cura, sendo incorporado nos tratamentos realizados nos hospitais ou nas residências dos doentes, quando há esta possibilidade. Muitas pessoas vivenciarão essa realidade, seja adquirindo alguma doença crônico-degenerativa, seja cuidando de alguém doente (Melo & Caponero,2009).

De acordo com a OMS (2002), são considerados objetivos dos cuidados paliativos aliviar a dor e outros sintomas que causem angústia, lidar com a vida e a morte como um processo normal e natural, integrar aspectos psicológicos, sociais, espirituais e o aspecto clínico durante o cuidado ao paciente. Além disso, é indicado não apressar e nem adiar a morte, oferecer apoio a família para lidar com a doença do paciente e com seu próprio luto, oferecendo suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível até sua morte. Também é importante por meio da equipe multidisciplinar, acessar as necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias.

O paciente fora de possibilidade de cura, em todo o processo da doença (não somente na fase terminal), apresenta limitações e fragilidades bastante específicas, que vão dos sintomas que causam desconforto - como náusea, constipação e dificuldade de respiração – há outros sintomas que causam dor. De acordo com o avanço da doença, enfrenta ainda a dificuldade de comunicação para ter suas vontades atendidas e respeitadas, vivenciando as emoções pela proximidade da morte. Trata-se daquele paciente, para o qual a ciência não possui recursos com o objetivo de deter o avanço fatal

da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo. (Peixoto, 2013; Menezes, 2004)

Na abordagem de cuidados paliativos, é considerado um dever proporcionar alívio dos sintomas vivenciados pelo paciente durante o processo de morte, já que uma boa morte deveria ser uma busca do paciente e da equipe. A boa morte pode ser definida como a morte sem sofrimento e acompanhada de dignidade. Para isso evitam-se tratamentos curativos que não favorecem a sobrevida do paciente, apenas contribuindo para aumentar seu sofrimento. (Freitas, 2012).

Para o cuidado paliativo, o enfoque multidisciplinar é muito importante, pois demonstra que as respostas corretas para o enfrentamento de situação crítica, não estão centralizadas em apenas uma pessoa. Isso destaca a importância do trabalho coletivo, permite uma combinação de habilidades que asseguram o melhor cuidado e possibilitam o olhar para os problemas do paciente sob mais de uma perspectiva. A consolidação do cuidado paliativo como estratégia além de ser um dever da equipe de saúde, é também um direito do paciente devido aos altos índices de doenças crônico-degenerativas e de neoplasias. (Mccoughlan, 2011; Peixoto, 2013) Considerando esses aspectos, o objetivo geral do estudo é analisar a vivência dos profissionais da área da saúde com pacientes em cuidados paliativos no hospital geral.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo e exploratória, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 09 profissionais, de ambos os sexos, com idade entre 28 e 56 anos que atuam ou atuaram diretamente com pacientes em cuidados paliativos em um hospital geral, privado, na região de São Paulo. Os critérios de inclusão adotados no estudo consistem em: trabalhar na instituição há pelo menos 02 (dois) anos e ter atuado ou atuar com pacientes na abordagem de cuidados paliativos no último ano.

Para a coleta das informações, foi utilizado como instrumento um questionário contendo a caracterização do profissional e um roteiro de entrevista semi-estruturada. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – Número do Parecer: 280.294), as pesquisadoras entraram em contato com os participantes da instituição para convidá-los a participar do estudo. Na data e horário pré-agendados para a entrevista, o consentimento livre e esclarecido foi formalizado. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas pelos próprios pesquisadores.

Os dados foram analisados segundo a metodologia de análise de conteúdo (Bardim,2011).A eleição dos temas foi baseada nos objetivos do estudo e nas perguntas

formuladas. Durante a leitura foram destacados os pontos principais encontrados na declaração de cada um dos participantes, sendo identificadas as principais unidades de significado relativas ao conteúdo das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os profissionais entrevistados estão psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistente social e terapeuta ocupacional. Os entrevistados se graduaram em um tempo que varia entre 03 e 33 anos, atuam na área da saúde entre 08 e 33 anos e trabalham na instituição de saúde entre 02 e 18 anos. A seguir cada tabela será apresentada com o número de participantes relativo a cada unidade de significado e com exemplos ilustrativos.

TABELA 1 - TEMA 1 - ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ABORDAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS

UNIDADES DE SIGNIFICADO	
Apoio e orientação ao paciente, família e a própria equipe (n=6)	*“... contribui com o tratamento de toda equipe... prestando orientações pra equipe, dessa parte, de tudo que impacta a hospitalização desse paciente e na parte do paciente é isso mesmo, de orientação e acolhimento dessa família..." (P2)* *“... geralmente nós da psicologia... a nossa abordagem é mais com a família, especialmente para família saber, para equipe ter ciência e se a família sabe o que está acontecendo, em que pé essa família está né..." (P5)*
Proporcionar conforto e dignidade no processo de morte (n=2)	*“... a fisioterapia é importante pra dar um conforto... é um cuidado paliativo, mas ele vai pelo menos morrer com o mínimo possível... então não vai morrer por desconforto..." (P4)“...* *De forma que a gente possa contribuir para que essa etapa seja o mais suave, o mais amena, a mais digna e mais gratificante para as pessoas envolvidas (P6)*

A análise de dados obtidos na pesquisa revelou que quanto à atuação e importância do profissional de saúde na abordagem em cuidados paliativos, a maioria dos participantes mencionou o apoio e a orientação ao paciente, à família e a própria equipe. Nesse contexto Souza & Forte (2012) apontam que a vivência hospitalar pode elevar o nível de estresse do paciente e do profissional de saúde e dificultar a comunicação entre a equipe e a família. Devido à difícil circunstância emocional causada pela doença e o grau de vulnerabilidade que pode estar presente, é importante haver um bom relacionamento entre todos os envolvidos no processo. É necessário que a equipe esteja

disponível para uma comunicação clara e eficiente para que o paciente e a família possam ser acolhidos e que sejam esclarecidos todos os seus questionamentos (Mccoughlan, 2011)

Outro aspecto mencionado pelos profissionais foi a importância de proporcionar conforto e dignidade durante o processo de morte. Na abordagem de cuidados paliativos, é considerado um dever proporcionar alívio dos sintomas vivenciados pelo paciente durante o processo de morte, já que uma boa morte deveria ser uma busca do paciente e da equipe. A boa morte pode ser definida como a morte sem sofrimento e acompanhada de dignidade. Para isso evitam-se tratamentos curativos que não favorecem a sobrevida do paciente, apenas contribuindo para aumentar seu sofrimento (Freitas, 2012).

TABELA 2 - TEMA 2 - VIVÊNCIAS RELACIONADAS À MORTE NA ABORDAGEM DE CUIDADOS PALIATIVOS

UNIDADES DE SIGNIFICADO	
A formação de vínculos traz sofrimento (n=7)	*"... é claro que eu crio vínculo com eles e é claro que eu fico super chateada quando eles morrem, eu choro, eu fico triste..." (P1)* *"... a gente fica triste e tudo, mas é uma maneira de se proteger mesmo... quando se perde esse paciente acaba sendo muito triste..." (P2)* *"... é um paciente que a gente tá com ele a muito tempo e ai é um pouco mais difícil, você já teve um contato maior com a família...você acaba criando vínculo...então às vezes é um pouco pior..." (P3)*
Importância do apoio da equipe (n=6)	*"... eu acredito que consigo lidar bem com isso... com o diálogo com a equipe... a gente já consegue nos aliviar também, tudo que nos aflige..." (P2)* *"... normalmente assim, eu converso com meu marido, converso com as meninas aqui..." (P4)* *"... eu sei que na hora que tem o desligamento, tem sempre uma equipe ali próxima que eu também conto para me ajudar naquele processo..." (P5)*
Criação de mecanismos de proteção frente ao sofrimento (n=5)	*"... lembre-se que o problema é do outro, não seu... é uma maneira de tentar me proteger, porque a morte desse paciente acaba sendo inerente..." (P2)* *"... infelizmente o profissional fica um pouco menos sensível... acaba aprendendo a lidar um pouco mais com a situação de perda...Vai acostumando...acho que é uma proteção, vai aprendendo a não fazer mais isso...você lida como um paciente que perdeu, mas não tem toda aquela parte emocional envolvida..." (P3)*

A maioria dos participantes entrevistados mencionou que a formação de vínculo traz sofrimento. A pessoa doente passa muito tempo hospitalizada e sob os cuidados dos profissionais de saúde o que faz com que se estabeleça um vínculo. Conforme Franco (2011), os profissionais que trabalham no hospital estabelecem relações especiais e diferenciadas com alguns pacientes e a morte deles provoca luto, como se o profissional tivesse perdido uma pessoa próxima de suas relações, que não a relação profissional. Ainda de acordo com o autor, vínculos atuais são repetições de vínculos anteriores, logo os novos rompimentos atualizam e podem causar reações semelhantes às vivenciadas na ocasião da nova perda.

Uma grande parte dos profissionais enfatizou a importância do apoio da equipe na situação de perda do paciente. Segundo Sorato, et al (2010) a dedicação que acontece durante o tratamento faz com que a equipe lide com sentimentos dolorosos e negativos, o que causa grande estresse e pode chegar a desencadear patologias. Por esse motivo, além do apoio mútuo entre a equipe torna-se necessário muitas vezes providenciar uma escuta terapêutica a esses profissionais, para que possam verbalizar e entrar em contato com os conteúdos mobilizados pela proximidade com esse sofrimento. Para Nunes (2009), a possibilidade de participação dos profissionais em grupos de discussão, psicoterapia, congressos, grupos de estudo pode ajudar de forma significativa a atuação do profissional em cuidados paliativos para transformar sua experiência em crescimento pessoal e profissional. Enfatiza-se que a instituição hospitalar deve apoiar e oferecer recursos de apoio para os profissionais que vivenciam o luto. (Franco, 2011)

Cinco participantes mencionaram a existência da criação de mecanismos de proteção frente ao sofrimento em sua atuação profissional. Conforme Kóvacs (2010), o profissional que trata e acompanha o doente e sua família, é afetado diretamente pelo sofrimento vivenciado durante a doença, o que causa medo e ansiedade também na equipe de saúde. O cuidador participa intensamente do processo, dividindo perdas, expectativas e preocupações, já que o paciente deve receber o acolhimento e durante esse momento deve poder falar de si mesmo, da doença e de suas necessidades. Deve também poder planejar suas despedidas e elaborar a aceitação da morte.

De acordo com Junqueira e Kóvacs (2008), o mistério e a surpresa da morte provocam medo e evitar falar sobre o assunto é uma forma de proteção. A falta de informação e o medo de envolver-se emocionalmente com a morte gera insegurança. Nesse sentido, o profissional deve buscar constantemente o preparo e o

autoconhecimento para desempenhar de forma satisfatória seu papel profissional ao lidar com a terminalidade. Segundo Schliemann (2009), as resistências emocionais do profissional aparecem no contato com o paciente, muitas vezes revelando angústia e negação, aspectos esses que podem atrapalhar o estabelecimento da relação entre o médico, o paciente e a família.

Tabela 3 - TEMA 3 - O CONTEXTO FAMILIAR COMO PARTE INTEGRANTE DO TRATAMENTO

UNIDADE DE SIGNIFICADO	
A família é importante no tratamento (n=7)	*"... uma coisa não está desvinculada da outra... O contexto familiar vem junto com o paciente, não tem como separar isso..." (P1)* *"... quando o paciente interna vem com ele toda a sua história de vida... isso acaba sendo fundamental, a interferência da família no tratamento com esse paciente..." (P2)* *"... a família é a parte mais importante do cuidado... quando você tem a confiança, você consegue conquistar a confiança dos pais, o seu tratamento é excelente... aqui na pediatria é demais... a gente tem muito contato com os pais, muito... o tratamento é trinta por cento pra criança, os outros setenta é pra família..." (P4)*
Necessidade de compreender o contexto familiar (n=1)	*"... a equipe não entende o que está se passando, muitas vezes a equipe fala que esse paciente está abandonado, mas perai, esse paciente como foi ao longo da vida... será que ele mesmo não fez alguns atos que fez com que a família se afastasse dele?..." (P2)*

Durante as entrevistas, sete participantes afirmaram que a família é importante no tratamento do paciente em cuidados paliativos. Para Kübler-Ross (2008) a eficácia do tratamento pode ser comprometida se não levarmos em consideração a importância da família, que durante a doença desempenha um papel fundamental, sendo que sua participação influencia inclusive na reação do paciente. Segundo Santana et al (2009), a doença sem perspectiva de cura atinge o paciente, a família e pessoas próximas, que vivenciam juntas fases distintas e variáveis, trazendo mudanças e consequências a partir do diagnóstico com morte anunciada.

Nesse contexto, é importante nas entrevistas com os familiares tentar obter o máximo de informações disponíveis, mantendo um diálogo compatível com uma linguagem adequada à condição da família, pois os familiares são parte fundamental do tratamento e suas opiniões devem ser respeitadas e consideradas (Mortiz et al 2008).

Esse apoio, deve vir acompanhado da compreensão do contexto famíliar do paciente. Assim, como apontam Inocenti et al (2009) é necessário que os profissionais firmem uma parceria com a família para a realização do cuidado, o que pode favorecer a compreensão dos aspectos singulares do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da pesquisa percebeu-se que o tema Cuidados Paliativos ainda é uma abordagem considerada nova, apesar de sua importância na área da saúde. Notamos que já existem alguns trabalhos em andamento em relação à prática da abordagem, mas essa ainda está em fase de implementação e pesquisas, sendo difundida gradualmente. Outra questão observada durante a pesquisa foi a dificuldade dos profissionais em lidar com a morte, que é um dos principais aspectos presentes na abordagem de cuidados paliativos. Embora cada profissional vivencie essa experiência com recursos próprios, observamos o quanto é difícil falar sobre esse assunto, até mesmo para profissionais de saúde, que lidam com a morte diariamente. Desse modo, os participantes trouxeram vivências sobre o vínculo que muitas vezes estabelecem com pacientes que ficam muito tempo sob seus cuidados e o quanto sofrem quando estes morrem.

Refletindo sobre este estudo, ficou evidente a importância da atuação do profissional de saúde na abordagem de cuidados paliativos e sua relevância na relação com o paciente e sua família. A interação entre a equipe de saúde e a família é constante e é imprescindível para o sucesso ou o fracasso do tratamento, já que a família tanto pode contribuir, como criar dificuldades. Mesmo que a equipe de saúde reconheça essa importância, é necessário que se preparem para lidar da melhor forma possível, observando a singularidade de cada família.

Observou-se a necessidade de uma divulgação maior da abordagem, já que se trata de um tipo de cuidado relativamente novo. Essa divulgação beneficiará também a população idosa, que vem aumentando cada vez mais e também outros pacientes que precisarão de cuidados diferenciados. O crescimento da abordagem só será possível com estudos e pesquisas que possam contribuir para o aprimoramento de cada profissional de saúde, independente da área de atuação, para que assim possam compor de fato uma equipe multiprofissional, beneficiando a todos: pacientes, suas famílias e a própria equipe.

REFERÊNCIAS

Bardim, L. (2011). Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70.

Boemer, M. R. (2009). Sobre cuidados paliativos. Rev. Esc. Enferm. USP [online], vol. 43 (3), 500-501. Recuperado em 09 de julho, 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Combinato, D. S. & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. 11 (2), 209-216. Recuperado em 09 de julho, 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Costa, M. C. P, (2011). Indicadores de Qualidade para a Contratualização de Cuidados Paliativos. Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.

Franco, M. H. P. (2011) Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. In Pessini, L., & Bertachini, L. (orgs). Humanização e Cuidados Paliativos. (p. 302, 303). São Paulo: Edições Loyola.

Freitas, N. A. D. (2012). Medicina e Cuidados Paliativos: O conceito de “boa morte” na contemporaneidade. Tese de Doutorado, Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Inocenti, A., Rodrigues, I. G., Miasso, A. I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. 11 (4). Recuperado em 24 de setembro de 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Junqueira, M. H. R. & Kovács, M. J. (2008). Alunos de Psicologia e a Educação para a Morte. 28 (3), 506-519. Recuperado em 07 de setembro de 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Kovacs, M. J. (2010). Morte e desenvolvimento humano. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Kubler-Ross, E. (2008). Sobre a morte e o morrer. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Maciel, M. G. S. (2008), Definições e Princípios. Cuidado Paliativo (p. 22). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [CREMESP]. Recuperado em 15 de maio de 2013, de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf

Mccoughlan, M. (2011). A necessidade de cuidados paliativos. In Pessini, L., & Bertachini, L. (orgs). Humanização e Cuidados Paliativos. (p. 170, 172, 175, 178). São Paulo: Edições Loyola.

Melo, A. G. C. & Caponero, R. (2009). Cuidados Paliativos – Abordagem Contínua e Integral. In Santos, F. S. (Orgs.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. (p.259). São Paulo: Atheneu.

Menezes, R. A. (2004). Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: Garamond.

Ministério da Saúde (2002). Recuperado em 24 de agosto de 2013, de http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm

Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., et al (2008). terapia Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de intensiva. 20 (4), 422-428. Recuperado em 03 de junho, 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Nunes. L. V. (2009) Papel do Psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. (p. 220). Recuperado em 06 de outubro de 2013, de www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf

Peixoto, A. P. A. F. (2013). Cuidados Paliativos. Recuperado em 14 de setembro de 2013, de http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf

Santana, J. C. B., Campos, A. C. V., Barbosa, B. D. G., Baldessari, C. E. F., Paula, K. F, et al (2009). Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem 3 (1), 77-86. Recuperado em 17 de maio de 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Schliemann, A. L. (2009). Aprendendo a Lidar com a Morte no Oficio do Profissional de Saúde. In Santos, F. S. (Orgs.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. (p. 31). São Paulo: Atheneu.

Sorato, D. B., Peres, S. V., Mitsuyuki, M. C., Drude, F. S. (2010). Psicologia em Estudo. Cuidar e Ser cuidado pelo Grupo de Apoio Protege. 15 (4), 751-759. Recuperado em 09 de julho de 2013, da SciELO (Scientific Eletronic Library On Line): www.scielo.org

Souza, J. L., Costa, S. M. M., Salcedo, E. A. C, Camy, L. F. S., Carvalho, F. L., et al. (2009). A família, a morte e a equipe: acolhimento no cuidado com a criança. In Santos, F. S. (Orgs.) Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. (p. 145). São Paulo: Atheneu.

Souza, R. P. & Forte, D. (2012). Especificidades da comunicação em situações críticas. In Moritz, R. D. (orgs). Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. (p. 11). São Paulo: Atheneu.

CONCEPÇÕES DE IDOSOS SOBRE ESPIRITUALIDADE RELACIONADA AO ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO PILOTO [122]

LINDANOR JACÓ CHAVES[123]

CLAUDIA ARANHA GIL[124]

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e a promessa de longevidade culminam na reflexão acerca da importância da espiritualidade na velhice. Esta pesquisa objetivou verificar e analisar a concepção do idoso sobre espiritualidade e como esta interfere em sua qualidade de vida. Estudo descritivo, exploratório, quanti-qualitativo com amostra composta por três idosos. Os instrumentos utilizados foram: entrevista, questionários sociodemográfico e WHOQOL (Bref, SRPB e o Domínio VI – Espiritualidade). Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados demonstram que o percentual geral do domínio Psicológico (Bref) foi mais elevado que os demais (83,33%), os dados do WHOQOL-SRPB revelaram médias altas em todas as facetas. Na comparação entre as medidas os idosos que tiveram escores mais elevados na avaliação SRPB apresentaram melhores resultados no WHOQOL - Bref. Com base na análise do conteúdo há relação entre espiritualidade e qualidade de vida. Quanto à concepção de espiritualidade, os idosos ressaltam a sabedoria e os valores morais para definir o termo. Embora todos denotem valor à espiritualidade, apenas um dos participantes (93 anos) faz relação entre o tema e a velhice. É importante ressaltar que este pretende ser apenas um estudo piloto, sendo necessário para maiores conclusões, estudo com maior número de participantes.

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Significado de Vida, Bem-estar, Manifestações Religiosas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é objeto de estudo de pesquisadores no mundo inteiro. A velhice e a espiritualidade são temáticas que ficaram por muito tempo distante do interesse e das discussões científicas. Isso porque, de acordo com Vieira (2009), a

[122] Este estudo faz parte de Chaves,L. J.(2014). Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. (Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências do Envelhecimento. Universidade São Judas Tadeu), orientada pela Profa. Dra. Claudia Aranha Gil.

[123] Graduada em Enfermagem, Mestre em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu.

[124] Psicóloga, Professora Doutora no programa de Mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu.

primeira era considerada apenas como a etapa final da vida do indivíduo e a espiritualidade foi sempre vista como uma contrariedade à racionalidade da ciência. Com as mudanças demográficas por meio do envelhecimento populacional o estudo do envelhecimento vem se desenvolvendo, pesquisas científicas têm evidenciado que a religiosidade e a espiritualidade estão entre os recursos utilizados no enfrentamento dos problemas e desafios na vida dos idosos, podendo influenciar no impacto causado pelas situações adversas, minimizando inclusive a repercussão dos eventos negativos na vida dos idosos (Sommerhalder, 2006).

Segundo Schwarz (2009), os indivíduos que na fase da velhice a enfrentam com frustações e ambições não conquistadas têm a tendência a se fixar no passado. Considerando a teoria proposta por Jung (1971), isso pode ser fatal, pois, o idoso deveria estar com foco fixo no futuro. Nessa perspectiva, as religiões prometem uma vida que transcende o material, que vai além, permitindo assim ao idoso viver essa fase com o mesmo afinco que vivenciaram as outras.

Caracterizar a qualidade de vida na fase da velhice não é uma tarefa fácil, uma vez que este é um fenômeno complexo e suscetível a diversas influências. A qualidade de vida pode ser percebida considerando a avaliação subjetiva que o próprio indivíduo faz de sua posição na vida dentro da cultura e dos valores nos quais ele fundamenta sua vida, considerando também a relação com seus objetivos, expectativas, seus padrões e preocupações. Assim, com a adequada ação de fatores individuais e socioculturais, as chances de se envelhecer bem são maiores (Neri, 2001).

O estudo da associação entre espiritualidade, saúde, qualidade de vida e velhice vem crescendo; entretanto para compreender este fenômeno, faz-se necessário um olhar não apenas quantitativo de dados, é imprescindível se aprofundar qualitativamente nos significados destas relações para o idoso e verificar qual é de fato a importância da vivência da espiritualidade para este. Assim, como objetivo geral esta pesquisa visou verificar e analisar a concepção do idoso sobre espiritualidade e como esta interfere em sua qualidade de vida. Buscando identificar e analisar qual o significado que o idoso atribui à religião/religiosidade, bem como verificar a relação entre envelhecimento, espiritualidade e qualidade de vida.

MÉTODO

Dada à natureza dos objetivos, optou-se por um estudo quanti-qualitativo, descritivo e exploratório, com vistas à compreensão e descrição das características da população em questão, bem como estabelecimento das relações entre as variáveis, buscando desenvolver e esclarecer conceitos e ideias (Gil, 2010).

Participantes

Trata-se de um estudo piloto com uma amostra composta de três participantes idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos, contatados por acessibilidade, que oficializaram sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Material

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada, questionários WHOQOL de avaliação da qualidade de vida e espiritualidade, são eles:

WHOQOL-Bref *(Brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire)* criado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Chachamovich & Fleck, 2008). É dividido em quatro domínios (Psicológico, Relações Sociais, Meio Ambiente e Físico).

WHOQOL-SRPB *(Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs of World Health Organization Quality of Life questionnaire)* avalia a religiosidade, a espiritualidade e as crenças pessoais relacionadas à qualidade de vida. (Rocha, Panzini & Fleck, 2008).

WHOQOL-100 – Domínio VI – Espiritualidade *(World Health Organization Quality of Life Questionnaire)* avalia a qualidade de vida por meio de seis domínios (Chachamovich & Fleck, 2008). Para este estudo foi utilizado apenas o Domínio VI (Espiritualidade/Religiosidade e Crenças Pessoais).

Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu (CEP), com parecer de número 236.058 e CAAE: 15065013.1.0000.0089, em conformidade com a Resolução 196/96. Realizou-se um estudo piloto com três participantes, contatados por acessibilidade.

Para a coleta de dados foi aplicado o questionário sociodemográfico; em seguida, os participantes foram submetidos à entrevista semiestruturada. Após as entrevistas, foram aplicados os Questionários WHOQOL.

Análise dos dados

Os dados foram obtidos pela aplicação dos questionários e tabulados em seguida. Analisados considerando-se os valores apresentados em cada faceta, sendo utilizada estatística descritiva em complementariedade na avaliação do significado de espiritualidade e como esta interfere na qualidade de vida do idoso. Para tratamento e análise das informações coletadas nas entrevistas, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2011).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo piloto foi realizado com uma amostra composta de três participantes[125]: duas mulheres de 61 e 68 anos, e um homem com 93 anos. Na avaliação dos resultados do WHOQOL-Bref, o domínio psicológico mostrou-se mais elevado que os demais (83,33%), o que ressalta a possibilidade de vivenciar aspectos como doenças e perdas funcionais mantendo a qualidade de vida psicológica. No domínio das relações sociais, o grau de satisfação foi de 69,44%, sendo este o resultado geral. É importante destacar que ainda que a literatura aponte para a tendência e necessidade de introspecção nessa fase da vida, os idosos revelam nas respostas do instrumento relacionadas a esse aspecto uma valorização das relações sociais com outros na velhice.

Na Tabela 1, os dados levantados através do WHOQOL-SRPB mostram que os idosos tiveram médias mais altas, em todas as facetas, na comparação individual entre os resultados acerca da medida da Qualidade de Vida. Os idosos que tiveram escores mais elevados na avaliação desse instrumento foram também os que apresentaram melhores resultados na Avaliação do WHOQOL-Bref.

Tabela 1. Medidas de Qualidade de Vida - Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB e Domínio VI – WHOQOL-100)

WHOQOL - SRPB	Média	Desvio	Mínimo	Máximo

[125] O nome dos participantes foi substituído por nomes de flores, seguidos pelas respectivas idades, a fim de proteger suas identidades mantendo o sigilo. A escolha é uma homenagem à primeira idosa entrevistada, Rosa, que revelou em suas falas a vivência da espiritualidade por meio da relação com a natureza.

Dominio VI - Espiritualidade	19,00	1,00	18,00	20,00
Conexão com Ser ou Força	17,00	2,65	14,00	19,00
Sentido na Vida	17,67	2,52	15,00	20,00
Admiração	16,33	1,15	15,00	17,00
Totalidade e Integração	17,33	0,58	17,00	18,00
Força Espiritual	17,33	0,58	17,00	18,00
Paz Interior	16,67	1,15	16,00	18,00
Esperança e Otimismo	17,33	2,52	15,00	20,00
Fé	17,33	2,08	15,00	19,00

Levantamos aqui a hipótese de que níveis elevados de qualidade de vida relacionados ao constructo SRPB (espiritualidade, religião e crenças pessoais) podem estar ligados à melhor qualidade de vida no domínio Psicológico; bem como, uma maior participação em grupos religiosos pode estar associada à qualidade de vida percebida nas Relações Sociais. Porém, essa relação com os valores mais elevados no WHOQOL-SRPB também foi observada em, estudo transcultural sobre espiritualidade, religião e crenças pessoais relacionados à qualidade de vida (Fleck & Skevington, 2007)É importante destacar que esses são dados preliminares, e não permitem maiores considerações ou comparações com resultados de outros estudos.

Conceito de Espiritualidade

A conceituação da espiritualidade não se configura como simples tarefa e, isso pode ser observado também na literatura (Koenig, 2012). Neste estudo a primeira entrevistada Rosa, 68, demonstrou inicialmente uma dificuldade em dissociar a espiritualidade da religião, mais especificamente do Espiritismo. No decorrer da entrevista observou-se que ela fazia uma relação com a prática religiosa de uma de suas irmãs; entretanto, durante a coleta de dados a idosa pareceu ir construindo a sua própria percepção com uma maior clareza do conceito.

De acordo com os entrevistados, o conceito de espiritualidade é bastante abrangente, visto que engloba em seu significado as seguintes unidades: Sabedoria, Valores morais, Transcendência. A sabedoria foi expressa como significado de espiritualidade na fala dos dois participantes com maior idade Rosa, 68, e de Cravo, 93, e esta não se refere apenas como a compreensão de algo sob o ponto de vista acadêmico; mas sob o aspecto de se conhecer o que está além do visível. Esta sabedoria se dá através do ganho e desenvolvimento de conhecimento, do aprendizado sobre as questões da vida e na capacidade de ter discernimento frente a estas situações. De acordo com Rosa, 68, esse

conhecimento se fundamenta ainda na transferência do saber aos seus filhos e netos (ex.: *É procurando orientar a família, os filhos, os netos, os bisnetos...*).

Para Cravo, 93, essa sabedoria vai além do tangível; ela é sentida e se revela no conhecimento de Jesus, a quem ele destina a sua vida espiritual (ex.: *Pra mim significa tudo, espiritualidade, ele vem me trazer um conhecimento da vida espiritual.* A presença da sabedoria, dos valores morais e da transcendência como um significado de espiritualidade vai ao encontro do que afirma a teoria de Erikson (1902/1994), visto que, para ele, o desenvolvimento humano é um processo contínuo que se relaciona com a busca pelo sentido de existir e esta se concretiza na velhice resultando em sabedoria (Erikson,1987). Na fala dos participantes é possível observar que essa sabedoria se revela por meio da espiritualidade, na capacidade e no desejo de ampliar o conhecimento e no autodesenvolvimento. Essa sabedoria também é concebida no compartilhar do conhecimento com outros, sejam familiares ou não.

Sob a perspectiva da teoria de Erikson (1902/1994), podemos considerar que essa concepção permite a esses idosos um aumento do sentido de pertencimento, de ser parte do todo, bem como de perpetuar esse conhecimento e consequentemente a própria existência. Isso está intimamente ligado às questões referentes à relação com o transcendente, seja a partir de si mesmo, com um deus interior, ou na relação com o sagrado, como apontado pelos participantes. Tais resultados corroboram as afirmativas de Jung (1971) sobre a necessidade que o indivíduo ao envelhecer tem de buscar o seu deus interior, voltando-se à introspecção.

Relação entre Espiritualidade e Velhice

Nesta categoria foram analisadas as unidades de significado que indicavam a existência de relação entre a espiritualidade e a velhice, entre as quais estão: vitalidade, continuidade e compromisso. O valor da espiritualidade na vida deles foi ressaltado por todos os entrevistados; contudo, apenas um dos idosos consegue fazer relação entre o tema e a velhice, o que pode se dar justamente pela própria aceitação da sua condição. Ainda que por definição indivíduos acima de 60 anos sejam considerados idosos nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, não é possível desconsiderar que estamos experimentando um processo de mudança na forma de perceber e viver a velhice. Atualmente ainda encontramos nessa faixa etária imagens de idosos frágeis, doentes e dependentes; contudo, não é difícil depararmos com idosos (por definição) que

se mantêm ativos e não se consideram de forma alguma como vivenciando a velhice, como pôde ser observado no contato com os participantes deste estudo piloto.

De acordo com Cravo, 93, a espiritualidade relacionada ao envelhecimento é o que lhe confere vitalidade e compromisso (ex.: ... a pessoa ungido pelo Espírito Santo de Deus ele se sente cada dia mais encorajado, mais forte, mais dedicado...), sendo desenvolvida através da experiência e pela continuidade em que foi vivenciada ao longo de sua própria vida. Para o idoso, a sensação de continuidade está também relacionada à experiência; ou seja, mesmo na velhice ele não parou de se desenvolver, e esse desenvolvimento se dá também por meio da espiritualidade. Essa ideia, de acordo com autores como Staudinger, Marsiske e Baltes (1995, citado por Lima, 2008), corrobora a perspectiva *Lifespan*, que afirma que os idosos possuem reservas ou potencial que possibilitam a realização de atividades rotineiras, bem como a capacidade de adquirir novos conhecimentos na fase da velhice. Esse aspecto é potencializado quando os indivíduos dispõem de relações e ambiente sociais, bem como de condições de saúde favoráveis (Lima, 2008).

Relação entre Espiritualidade e Qualidade de Vida

A qualidade de vida é marcada pela subjetividade, que pode ser observada no conteúdo fornecido pelos participantes pelo modo como cada um destacou sobre diferentes ângulos e percepções a interferência da espiritualidade nesse constructo. A unidade de significado Força interior foi destacada pelas duas participantes, sendo que, a percepção de Qualidade de vida para Rosa, 68, não se dissocia de sua condição de saúde atual e das situações de doença vivenciadas anteriormente. Contudo, o papel da espiritualidade nesse aspecto é justamente o desenvolvimento e/ou a manutenção da Força Interior. De acordo com a idosa, essa força é concedida por Deus e dessa forma a espiritualidade vem sendo utilizada no enfrentamento e como uma alternativa de minimizar o sofrimento e a fragilidade desenvolvidos antes e depois do curso da doença. Essa força interior conferida pela espiritualidade lhe permite continuar lutando contra as adversidades da vida. Para Guerrero (2011) que avalia a associação da Qualidade de Vida e a saúde em pacientes com câncer, essa utilização da espiritualidade no enfrentamento da doença é compreensível, pois, como pôde observar nos participantes de seu estudo, eles buscam estratégias de enfrentamento que ampliem a sensação de bem-estar psicológico, que diminua o desequilíbrio causado pela doença.

De acordo com Tulipa, 61 a espiritualidade também lhe confere força interior, permitindo lidar da melhor forma possível com os problemas do cotidiano. Contudo, para esta participante a espiritualidade tem um papel importante em sua Qualidade de Vida no controle do estresse e isso influencia sua vida diariamente. A percepção da idosa corrobora a afirmativa de Koenig (2007), quando ressalta que desde o fim do século XX e início do século XXI, estudos sistemáticos indicam que pessoas que vivenciavam uma fé religiosa profunda demonstravam lidar melhor com o estresse da vida, pareciam inclusive ter uma recuperação mais rápida da depressão, tendo menos ansiedade e emoções negativas quando comparadas com pessoas menos religiosas. Para esse autor, a maior parte das pesquisas em indivíduos saudáveis tem sugerido que tanto as crenças quanto as práticas religiosas estão relacionadas a sentir-se bem e ao melhor enfrentamento de situações estressantes.

A análise comparativa das escalas e do conteúdo das entrevistas demonstra que embora todos os participantes denotem importância à espiritualidade, esta é vivenciada em diferentes níveis de relevância. Observou-se durante a coleta e análise dos dados que os idosos que demonstravam em suas falas maior percepção dos aspectos relacionados à espiritualidade em sua vida diária, apresentavam também maiores escores na avaliação da sua qualidade de vida (WHOQOL-Bref).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do processo de envelhecimento se dá de múltiplas formas, sem deixar de ser uma experiência singular. Nesse estudo piloto foi possível observar que os idosos participantes também vivenciam a espiritualidade de modo heterogêneo. Cada idoso traz consigo um modo de ver, viver e valorizar sua espiritualidade. Na avaliação da percepção dos idosos sobre sua qualidade de vida, os dados obtidos pela aplicação dos questionários WHOQOL-Bref, WHOQOL-SRPB e domínio VI do WHOQOL-100 permitiram a visualização de aspectos importantes sobre a vida dos entrevistados. A análise da percepção da qualidade de vida individual dos participantes a partir da comparação dos resultados indicou que os idosos que melhor ponderaram sua qualidade de vida no WHOQOL-SRPB e domínio VI, tiveram maiores escores na avaliação da qualidade de vida geral (WHOQOL-Bref). Esses dados podem ser indicativos de que quanto maior a percepção da qualidade de vida a partir da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, melhor será a qualidade de vida nos outros domínios, principalmente no domínio Psicológico.

Ao longo de toda coleta de dados, foi possível observar que todos os idosos visualizaram, no momento das entrevistas, um convite reflexivo acerca das questões da vida e uma oportunidade para compartilhar suas vivências. A concepção dos idosos acerca da espiritualidade se refere à sabedoria expressa em diferentes formas de desenvolver e transmitir o conhecimento obtido ao longo da vida, bem como em respaldar a vida por valores morais. Esses valores conferem à espiritualidade a capacidade de se dar e se fortalecer na relação com o outro e, por meio da transcendência ou na relação com o que está além de si mesmo.

É importante ressaltar que nenhuma das categorias obtidas por meio da análise dos conteúdos foi unânime, revelando assim a multiforme compreensão dos idosos sobre o que é como vivenciam e como percebem a espiritualidade em suas vidas. Cabe destacar que esse trabalho apresenta limitações, pois consiste em um estudo piloto, sendo necessária, para maiores considerações a avaliação de um número maior de participantes.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2011) *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70.

Chachamovich, E.; Fleck, M. P. A (2008). Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: Fleck, M. P. A.(Org.). *A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde,* Porto Alegre: Artmed.

Erikson, E. H.(1987) *Identidade, Juventude e Crise,* Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Fleck, M. P. A.; Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Rev. de Psiquiatria Clínica,* São Paulo, v. 34, Suplemento 1,146-149.

Gil, A. C. (2010) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. Ed, São Paulo : Atlas.

Guerrero, G. P. (2011) *Associação da Espiritualidade na Qualidade de Vida relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço* (Dissertação de Mestrado.Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP).

Jung, C. G. (1971) *A natureza da psique*, Petrópolis(RJ): Vozes.

Koenig, H. G. (2007) Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev. psiquiatr. clín,* São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 5-7. Recuperado em 12novembro, 2012, de www.scielo.br/scielo.php?.script=sci_arttex

Koenig, Harold G. (2012) *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade,*Porto Alegre: L&PM.

Lima, P. M. R. (2008) *A arte de envelhecer: um estudo sobre história de vida e envelhecimento.* (Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília).

Neri, A. L. (2001) *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 2001. Recuperadoem: <www.portaldoenvelhecimento. org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf >

Rocha, N. S.; PANZINI, R. G.; Fleck, M. P. A. (2008) Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: FLECK, M. P. A. (Org.) *A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde*,Porto Alegre: Artmed.

Schwarz, L. R. (2008) **EnvelheSer** - *A Busca do Sentido da Vida na Terceira Idade.* Uma Proposta de Psicoterapia Grupal Breve de Orientação Junguiana. São Paulo, Vetor.

Sommerhader, C. (2006***) Religiosidade, suporte social, experiência de eventos estressantes e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade: dados do PENSA***. **(**Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, SP.).

Vieira, M. G. O. (2009) *Velhice e espiritualidade: reflexões sobre as transformações do envelhecer*. (Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília,).

A SOBRIEDADE PARA OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS À LUZ DA EXPERIÊNCIA ELEMENTAR: UM ESTUDO DE CASO

DIONETE MARIA MENDES NOGUEIRA[126]

ACHILLES GONÇALVES COELHO JÚNIOR[127]

MIGUEL MAHFOUD[128]

Resumo

Este estudo faz parte de pesquisa que tem como objetivo investigar o sentido da sobriedade para os Alcoólicos Anônimos. Consiste na apresentação de resultado parcial, sob forma de estudo de caso que focaliza uma integrante de um grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) de Montes Claros-MG, de 42 anos, identificada com o nome fictício de Maria, que começou a ingerir bebidas alcoólicas, aos 18 anos, depois da morte do pai. Em entrevista semiestruturada, Maria revela seu sofrimento, suas frustrações, como "afundou" no alcoolismo e como, depois de ingressar nos Alcoólicos Anônimos, conseguiu parar de beber e manter-se abstêmia. A entrevista foi analisada fenomenologicamente, de acordo com a orientação de Van der Leeuw, com o objetivo de analisar, à luz da experiência elementar, o sentido de manter-se sóbrio para os Alcoólicos Anônimos. Por esta via, foi possível chegar a quatro categorias temáticas: 1. Exigência de bem; 2. Tomada de posição pessoal; 3. Vivência comunitária; e 4. Exigência de ser. A dinâmica da experiência elementar do alcoolista é orientadora para o seu posicionamento diante de si, do outro e do mundo, valendo destacar que a vivência em comunidade entre os membros de AA permite a manutenção da sobriedade.

Palavras-chave: Alcoólicos Anônimos, Sobriedade, Experiência elementar, Fenomenologia.

1. Introdução

[126] Acadêmica do 8º período do curso de Psicologia e Bolsista do Programa de Iniciação Científica das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIPMoc).

[127] Psicólogo, Mestre em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Professor das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIPMoc).

[128] Doutor em Psicologia Social, professor associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Os Alcoólicos Anônimos (AA) são um grupo de mútua-ajuda de homens e mulheres voluntários, que compartilham suas experiências, forças e esperanças, visando se auxiliarem em seu problema comum e ajudarem outros alcoolistas a se manterem sóbrios, tendo por objetivo precípuo alcançar a sobriedade através da abstinência total do álcool e a evitação do primeiro gole (Alcoólicos Anônimos, 2011; Campos, 2004; Tadvald, 2006).

As contribuições da Fenomenologia à questão da experiência permitem reconsiderar o sujeito humano em seu caráter essencial, pois levando em conta essa centralidade e o valor da experiência na vida humana, possibilita a apreensão da participação crítica do sujeito que age e que elabora sua experiência no mundo e faz experiência de si mesmo (Massimi & Mahfoud, 2007). Entretanto, para se chegar à apreensão do significado das vivências, o que caracteriza a própria experiência, torna-se necessário uma avaliação, por parte da pessoa, que culmine em um juízo. Neste sentido, Giussani (1966/2009) explica que para se formular um juízo sobre aquilo que se encontrou em uma reflexão sobre si mesmo, deve-se utilizar um critério imanente à constituição humana dessa pessoa. Giussani (1966/2009, p. 24) apresenta o conceito de experiência elementar como um conjunto de exigências e evidências originais "com as quais o homem é lançado no confronto com tudo o que existe" e, que permite a ele, ao dar força e tensão a cada gesto seu, comparar as propostas que recebe do mundo com este seu núcleo fundante, pois cada nova proposta reclama do sujeito, que adere à sua realidade, um posicionamento coincidente com sua exigência de ser.

Nestes termos, buscou-se, através deste estudo analisar, à luz da experiência elementar, o sentido de manter-se sóbrio para os Alcoólicos Anônimos, tendo por objetivos específicos: descrever como a vivência de comunidade no grupo de AA contribui para a manutenção da sobriedade de seus membros; apreender a relação da escolha de viver sóbrio com a expressão da experiência elementar e descrever como o processo de recaída favorece a tomada de posição pessoal do membro de AA de viver sóbrio.

2. Método

Utilizamos como modalidade de pesquisa qualitativa, o estudo de caso, pois a partir de uma intensa exploração de um único caso é possível obter conhecimento sobre o fenômeno investigado (Ventura, 2007) e "a partir de um conjunto particular de resultados" é possível "gerar proposições teóricas que seriam aplicáveis a outros contextos" (Alves-Mazzotti, 2006, p. 646). Empregamos a análise fenomenológica para o tratamento dos dados, fundamentado em Van der Leeuw (1933/2009) e a entrevista fenomenológica,

fundamentada em Barreira e Ranieri (2013). Apresentamos, neste estudo, resultados parciais de pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros-MG, através do Parecer Consubstanciado nº 688.500, em data de 11.06.2014.

3. Resultado e Discussões

3.1 A História de Maria

Maria é o nome fictício de uma integrante de AA de Montes Claros-MG, de 42 anos, que começou a usar bebidas alcoólicas, aos 18 anos, após a morte do pai. Essa perda representou um vazio na vida de Maria, que sentia um grande amor pelo pai, que a superprotegia. Depois dessa perda, Maria não consegue continuar morando em Montes Claros-MG e decide sair de casa, aceitando uma proposta de emprego em Belo Horizonte-MG. Ao chegar a Belo Horizonte-MG descobre que o emprego era em uma “casa noturna de prostituição” e, negando a prostituir-se, começa a trabalhar “em casa de família”. Logo conhece alguns “falsos amigos” e passa a beber mais ainda. Retorna a Montes Claros-MG e casa-se. Embriagada, “quebrava tudo” dentro de casa. Começa a ter convulsões alcoólicas, mas ainda assim, escolhe continuar bebendo. O marido de Maria se separa dela e a mesma chega a pesar trinta e quatro quilos e a ter até cinco convulsões alcoólicas diárias. Na última convulsão que teve, recobra os sentidos e vê seus filhos chorando desesperados porque eles pensavam que ela havia falecido. Maria ingressa no AA, para de beber e encontra-se sóbria acerca de 3 anos.

3.2 Análise do Caso à luz da Experiência Elementar

A análise dos dados possibilitou a apreensão de quatro categorias temáticas: 1. Exigência de bem; 2. Tomada de posição pessoal; 3. Vivência comunitária; e 4. Exigência de ser. Essas categorias não foram elaboradas previamente, mas identificadas a partir da própria análise do sentido da elaboração de Maria.

3.2.1 Exigência de Bem

> MARIA: Eu já não aguentava mais estar sofrendo e fazendo os outros sofrerem. Porque eu fazia minha mãe sofrer, meus filhos sofrerem, você entendeu? Então, aquela situação já não estava legal para mim.

A observação de suas vivências, no alcoolismo, permitiu que Maria percebesse sua realidade, olhasse para a sua dor e para o sofrimento que ela causava em seus familiares. Essa adesão à realidade viabilizou que a Maria fizesse uma experiência de correspondência com aquilo que ela, de fato, desejava para sua existência, pois Maria “não aguentava mais” continuar “naquela situação”, atropelando sua existência e dando passos em falso em relação à sua exigência de ser. Maria pôde reconhecer que permanecer fazendo uso desordenado de bebidas alcoólicas não correspondia à sua exigência de bem. Portanto, orientar sua existência pela sobriedade passa a ser para Maria, a busca por um cuidado consigo mesma, em atendimento aos seus anseios originais. Essa busca coincide com o cuidar de seus familiares, vez que quando o sujeito decide cuidar de si, buscando a sua própria realização, essa busca coincide “com o favorecimento da felicidade alheia” (Guimarães & Mahfoud, 2013, p. 199). Então, estar sóbria para Maria está para além de simplesmente parar de beber, pois esse seu ato de vontade, põe em movimento uma dinâmica interna que transcende à mera ressonância afetiva e que atende às suas exigências de ser ao imprimir significado à sua vida.

Essas exigências são “como uma centelha que põe em ação o motor humano” e, assim, “qualquer afirmação de uma pessoa, desde a mais banal e cotidiana à mais ponderada e plena de consequências, só pode ser feita tendo por base esse núcleo de evidências e exigências originais” que podem ser denominadas de exigência de felicidade, de bem, etc. (Giussani, 1966/2009, p. 25). Mas o fato do ser humano ser constituído por esse conjunto de exigências, não determina que o mesmo busque sempre o bem e, assim, o mal, também, deve ser considerado. Tavares (2006, p. 142) explica que o mal se manifesta através dos atos do ser humano e que “ainda que o ser humano não esteja na origem do mal, a verdade é que é quem o pratica” e, nestes termos, o mal pode ser considerado obra da liberdade do ser. Se o homem é quem pratica o mal no seu agir no mundo, também é o homem que, sendo livre para escolher seu modo de agir, pode negar-se a praticá-lo.

Assim, o mal expõe justamente “a contradição que se insere na nossa exigência de bem, um passo em falso vivido num gesto constituído pela exigência de ser”, vez que a dor “de fazer o mal, de realizar o mal” emerge porque o ser humano é exigência de bem e, portanto, a dor é uma expressão da exigência de bem (Mahfoud, 2012, p. 58). Então, se homem está fazendo o mal, diante da dor que emerge da não correspondência com sua exigência de bem, ele pode elaborar sua experiência e se posicionar diante do mal que fez e do bem pelo qual anseia originalmente (Mahfoud, 2012, p. 59). Sendo exigência

de bem e livre, Maria escolhe orientar a sua existência através da sobriedade, posicionando-se diante do mal que fazia a si própria e aos outros e, ao mesmo tempo, diante do bem que desejava.

3.2.2 Tomada de Posição Pessoal

> MARIA: Eu não estava aguentando levar aquela vida que eu mesma estava me proporcionando. Quando eu caí na real que era eu que estava causando aquilo e que tudo dependia da minha palavra "eu não quero mais" que minha vida ia mudar.

Maria fala de como a elaboração das suas experiências oportunizou à mesma uma tomada de posição diante de si, do outro e do mundo, ao formular um juízo de não correspondência entre o que ela ansiava para a vida dela e aquilo que ela estava vivenciando, em sua realidade, por escolha própria. Mas Maria está abstêmia há muito tempo, então, o que se pode perceber, através de sua narrativa, é que a mesma está considerando que, sozinha, ela não encontrava a força suficiente para concretizar o seu querer no mundo, realizando em ato o seu desejo e que se ela está abstêmia é porque ela encontrou no grupo de AA, o fator comunitário que a auxilia na manutenção de sua sobriedade.

No impacto com o real, elaborando suas vivências, o homem pode estabelecer relações de significado com o seu entorno e fazer uma avaliação pessoal a respeito do que está vivenciando, apreendendo o sentido daquilo que ele experimentou e, para emitir esse juízo, a pessoa usa como ponto de referência, o nível mais profundo de seu ser e que diz respeito à sua pessoalidade (Guimarães & Mahfoud, 2013, p. 203). Ficar diante do real, repensando suas experiências e recaídas no alcoolismo e das consequências isso trazia para sua vida, viabilizou que Maria ficasse diante de um incômodo que apontava a incongruência de seus atos com seus desejos originais e esse incômodo possibilitou que mesma compreendesse que tudo dependia de uma tomada de posição dela: "eu não quero mais". O que Maria relata é o reconhecimento da expressão da experiência elementar, vez que a revisão de suas atitudes, oportunizou a ela ficar diante da urgência de um posicionamento de cuidar de si e de seus familiares.

Maria tinha a exata noção da necessidade de sua tomada de posição pessoal para a manutenção da abstinência e o alcance da sobriedade, vez que a mesma compreendia que a circunstância inevitável que lhe foi dada pela vida – a carga hereditária do alcoolismo –, não a impedia de tomar esse posicionamento. Mas para essa tomada de posição pessoal é necessário que a pessoa possa aderir aos seus desejos originais, de

afirmar o que ela reconhece como essencial para ela, de maneira que nada a impeça de caminhar em direção à sua humanidade, situando-se, portanto, na dimensão da liberdade, a qual é entendida como capacidade de adesão ao ser (Giussani, 1966/2009) e que se encontra atrelada à responsabilidade enquanto habilidade de responder às convocações da realidade (Mahfoud, 2012).

3.2.3 Vivência Comunitária

> MARIA: E devo isso, primeiramente, a Deus, a minha família e a Alcoólicos Anônimos, porque se não fosse eles para estarem ali, também, segurando a peteca comigo, eu acho que seria mais difícil. (...) Eu preciso, preciso mesmo. Eu não posso afastar não.

Maria expressa seu sentimento de pertencimento ao grupo de AA através do reconhecimento de seus pares, de seus iguais, porque estando em sua comunidade de referência, ela partilha com todo o grupo suas experiências que se assemelham à história de vida de todos eles. E Maria enfatiza a necessidade que possui de estar juntos daqueles que lutam para fazerem o mesmo enfrentamento que ela está realizando e que ao se decidir pela sobriedade, busca conforto e apoio nos outros membros de AA, para vivenciarem com menos dificuldades as consequências oriundas da abstinência. Esta necessidade expressa por Maria, diz respeito à necessidade de relacionamentos significativos que possibilitam que um membro de AA possa fazer experiência de liberdade no encontro com o outro e por isso ela pode afirmar que tem necessidade de estar ali na sala de AA.

E não se trata somente de uma questão de estar em grupo, mas que o fator comunitário viabiliza “a possibilidade de retomar o centro” da pessoa de uma maneira que “não se dá” quando essa pessoa decide só por ela mesma “dar uma direção” à sua experiência (Mahfoud, 2012, p. 217). E é nessa dimensão que, dentro de seu grupo de referência, Maria retoma a sua essência, a correspondência entre o seu querer e o seu agir diante de si e do outro, pois ela escolhe ser sóbria porque a sobriedade é que faculta reconhecer, a partir de uma experiência de liberdade, as suas exigências fundantes. E neste sentido, o fenômeno comunitário pode ser entendido como força potente para auxiliar o sujeito a arriscar-se, vez que a “profunda companhia humana é estimuladora da capacidade de espera, busca e adesão, portanto, da capacidade de liberdade” (Mahfoud, 2012, p. 48), já que “a dimensão comunitária representa não a substituição da liberdade, da energia e da decisão pessoal, mas a condição para a sua afirmação” (Giussani, 1966/2009, p. 198).

Então, a vivência de comunidade num grupo de AA serve de esteio para o alcoolista na manutenção da sobriedade, pois o mesmo se reconhece em seus pares e se sente acolhido em uma totalidade muito mais ampla. Neste sentido, a “comunidade não é observada no seu aspecto objetivo como forma social, mas é olhada por dentro, ou seja, a partir daqueles aspectos constitutivos formados pelas experiências de seus membros”, vez que a “vivência comunitária implica um reconhecimento de uma experiência de “nós”, uma experiência de pertença” (Coelho-Júnior, 2006, p. 66). Dessa maneira, ao observar e elaborar sua experiência vivenciada no alcoolismo, o membro de AA reconhece suas exigências fundamentais e a dinâmica da experiência elementar o guia num posicionamento que imprima à sua realidade a imagem daquilo que o estimula interiormente. Portanto, a relação de pertença de um membro ao grupo de AA, além de ser favorecida pela partilha de sua experiência vivenciada no alcoolismo, também, é favorecida pela experiência elementar.

3.2.4 Exigências de Ser

> MARIA: Mas agora eu estou feliz porque eu estou conseguindo ser sóbria. Eu arrasto, assim, uma multidão. Minha mãe fez uma festa das crianças. Ela me deu um microfone, eu subi esse morro aqui com o microfone, arrastei aquela criançada atrás de mim, vestida de palhaço. Então, eu vi que realmente não é a bebida que trazia aquela alegria para mim. Eu sou alegre de natureza. Um dom que Deus me deu e que ninguém toma.

Maria expressa toda sua alegria em comparar suas experiências no alcoolismo com suas vivências atuais na sobriedade. Ela consegue, a partir desse confronto entre suas ações passadas e atitudes no presente, reconhecer sua exigência de ser: “Eu sou alegre por natureza”. Essa frase de Maria reporta, exatamente, à sua estrutura humana, ao que há de mais original em si mesma. E não há nada mais original no ser humano do que a exigência de ser, vez que tudo nele exprime essa exigência e “todo dinamismo da experiência elementar é nossa exigência de ser em ato” (Mahfoud, 2012, p. 55). Em ato porque para ser, a pessoa depende, isto é, o sentido da existência de uma pessoa depende de que essa pessoa seja presença para alguém, que deixe, portanto, sua marca no mundo (Mahfoud, 2012). E na sobriedade Maria encontrou sentido para sua existência. Ela é presença para alguém, ela “arrasta” uma multidão e deixa sua marca na história, porque a existência de Maria faz diferença para o outro, faz diferença no mundo, exprimindo todo dinamismo da experiência elementar.

Ao posicionar-se autenticamente, escolhendo conduzir sua existência pela sobriedade, Maria está respondendo às suas exigências de ser, reconhecendo seus anseios fundantes, afirmando a si própria ao abrir-se para a totalidade dos fatores diante da aceitação do real, isto é, ela está reconhecendo a dinâmica da experiência elementar que orienta esse seu posicionamento diante de si, do outro e do mundo.

4. Considerações Finais

A partir do estudo de caso de Maria foi possível perceber que a vivência de comunidade no grupo de AA contribui para a manutenção da sobriedade de seus membros, exercendo um papel fundamental para o alcoolista que deseja abster-se de álcool. E isto porque a partilha de suas experiências, o sentimento de pertença à comunidade de AA e a experiência de "nós" vivenciadas pelo membro de AA, no seu grupo de referência, oportuniza que o alcoolista encontre o sentido de manter-se sóbrio ao apreender que a vida no alcoolismo não corresponde ao que ele deseja para a sua existência. A escolha pela sobriedade é individual e particular, mas unidos para este propósito, os membros de AA se ajudam reciprocamente.

Desse modo, o processo de recaída, apesar de ser sempre evitado pelo membro de AA, uma vez ocorrido, favorece a tomada de posição pessoal do membro de AA de viver sóbrio, visto que a vivência de uma recaída traz para aquele que recidivou, a oportunidade de comparar a experiência de recaída com aquilo que ele anseia para vida dele, viabilizando um retorno mais consciente à reabilitação, o que contribui para a manutenção da sobriedade do mesmo.

Ao comparar suas vivências no alcoolismo com as suas exigências fundamentais, o membro de AA reconhece os anseios que constituem sua pessoa e essa comparação permite que o mesmo se posicione autenticamente diante de si e do outro, imprimindo a marca de sua pessoalidade no mundo. A experiência elementar é o motor propulsor que se encontra na base dessa tomada de posição pessoal que o membro de AA empreende ao orientar sua existência pela sobriedade.

Referências Bibliográficas

Alcoólicos Anônimos. (2011). *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: Junaab.

Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Uso e abuso dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, *36*(129), 637-651, set./dez. Recuperado em 24 de junho, 2014 de http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n129/a0736129.pdf

Barreira, C. R. A., & Ranieri, L. P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In M. Mahfoud, & M. Massimi (Orgs.). *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa*. (pp. 449-466). Belo Horizonte: Artesã.

Campos, E. A. (2004). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, *20*(5), 1379-87, set./out. Recuperado em 19 de abril, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2004000500033&script=sci_arttext

Coelho-Júnior, A. G. (2006). *As especificidades da comunidade religiosa: pessoa e comunidade na obra de Edith Stein*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Disponível: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/TMCB-7Y3L8N

Giussani, L. (2009). *O Senso Religioso*. (P. A. E. Oliveira. trad.) Brasília: Universa. (Trabalho original publicado em 1966).

Guimarães, A. C. B., & Mahfoud, M. (2013). Tornar-se si mesmo: elaborações a partir de Luigi Giussani e Edith Stein. In M. Mahfoud, & M. Massimi (Orgs.). *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa*. (pp. 195-216). Belo Horizonte: Artesã.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília, DF: Universa; Belo Horizonte: Artesão.

Massimi, M.; Mahfoud, M. (2007). A pessoa como sujeito da experiência: um percurso na história dos saberes psicológicos. *Memorandum*, *13*, 16-31. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP. Recuperado em 21 de fevereiro, 2013, de http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/massimimahfoud01.pdf

Tadvald, M. (2006). *Serenos, corajosos e sábios: a plataforma terapêutica dos alcoólicos Anônimos e seus participantes através de um olhar antropológico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível: http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5797

Tavares, M. (2006). Fundamentos metodológicos do pensamento antropológico e ético de Paul Ricoeur: o problema do mal. *Memorandum*, 10, 136-146. Belo Horizonte: UFMG; Ribeirão Preto: USP. Recuperado em 19 de maio, 2014, de http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/tavares01.pdf

Van der Leeuw, G. (2009). A religião em sua essência e suas manifestações: fenomenologia da religião, epílogo. *Rev. Abordagem Gestalt*, *15*(2), 179-183. Recuperado em 16 de setembro, 2013, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200014&lng=pt&nrm=iso. (Trabalho original publicado em 1933).

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev SOCERJ*, *20*(5), 383-386, set./out. Recuperado em 24 de junho, 2014 de http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf

A APLICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA ELEMENTAR EM PSICOLOGIA CLÍNICA

EDUARDO VINÍCIUS MOURA DE CARVALHO

MIGUEL MAHFOUD

Resumo

O livro “Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer” de Miguel Mahfoud inaugura as contribuições desta teoria para a Psicologia. Visto sua origem recente, objetivamos apontar aspectos-chave para a psicologia clínica nesta perspectiva, em experiência prática com um paciente dependente químico. Os atendimentos evidenciaram como relevantes ao psicólogo a abertura a si mesmo, ao outro e o reconhecimento do mistério da realidade como critérios para ser presença. Verificamos também a importância de partir da positividade da experiência e da consideração do destino pessoal. Nos encontros, propomos partir de duas perguntas norteadoras: “Qual é a raiz da experiência?” e “Para onde ela aponta?”, pois permitem atentar às exigências fundamentais (de amor, justiça, liberdade...), seus sinais singulares (sentimentos, sintomas etc.), e às evidências que emergem no cotidiano. Consideramos ainda as negações, reduções e esvaziamentos das questões humanas fundamentais, elucidadas na experiência do paciente, e os processos de revisão e retomada das mesmas dentro de seu processo de superação da dependência. O trabalho pôde propiciar ao paciente um processo de abertura criteriosa à realidade e de autoridade (se tornar autor) em direção à realização pessoal. Concluímos também que estes aspectos não são lineares, mas, quando identificados, podem possibilitar unidade no percurso de trabalho clínico.

Palavras-chave: Experiência Elementar; Psicologia Clínica; Dependência Química.

Introdução

Experiência Elementar é um termo cunhado por Luigi Giussani (2009) para designar o “conjunto de exigências e evidências com as quais o homem é lançado no confronto com tudo o que existe.” (p.24).

Giussani não foi psicólogo e nem teve o intuito de embasar o trabalho clínico desta profissão; por outro lado, seus escritos sobre a experiência humana, seus fundamentos e desdobramentos têm sido tomados por psicólogos e pesquisadores que vislumbram na Experiência Elementar uma teoria, visão de mundo e de homem importante para nossa área de conhecimento científico. Em 2012, o lançamento do livro "*Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer*", de Miguel Mahfoud, marcou a primeira contribuição específica voltada para profissionais de psicologia que pretendem tomar a Experiência Elementar como norte de trabalho.

O presente trabalho visa contribuir com a perspectiva da Experiência Elementar em sua aplicação prática em Psicologia Clínica. Partiremos do exemplo prático de um atendimento a paciente dependente químico em internação psiquiátrica, do qual apreender aspectos do olhar do psicólogo, pontos chave para o processo clínico do paciente, tematizando a proposta da Experiência Elementar.

Experiência Elementar e Psicologia Clínica

Luigi Giussani (2009) apresenta três premissas fundamentais: realismo, razoabilidade e incidência da moralidade nos processos de conhecimento. Realista seria a pessoa que acolhe os dados da realidade de modo a compreendê-los de forma aberta, abrangente. Não realista seria a apreensão que toma a realidade como fechada, ou que a considere tomando-a por um ou alguns aspectos, sem considerar o todo. A razoabilidade diz respeito ao juízo que a pessoa reconhece diante da realidade, chegando ao ato de reconhecer sentido. Para tanto, a pessoa pode tomar como critério um conceito pessoal, um sentimento, uma emoção, ou apenas um dos acontecimentos para julgar e definir a realidade, mas isso reduziria a abertura à totalidade dos fatores (razão) e não seria razoável por não atuá-la ou realizá-la. Por fim, ao reconhecer a realidade e sua provocação a horizontes abertos, ao emitir juízos constituindo experiências, a pessoa é como que convidada a colocar sua pessoalidade no mundo, a se posicionar. Este posicionamento pode, caracterizar a moralidade, isto é, ser um ato que conjugue a realidade percebida e o juízo pessoal, de modo a orientar-se à realização ou, pelo contrário, pode gerar desencontros despersonalizantes.

Giussani (2009) afirma que somos formados por exigências fundamentais (de amor, justiça, liberdade, verdade etc.), isto é, todos os seres humanos são dotados destes critérios básicos com os quais se ordenam no encontro com a realidade. Esta

universalidade não elimina o fato de que em cada um de nós estas exigências se manifestem de forma singular. Estas exigências são crivo crítico com o qual percebemos e compreendemos qualquer coisa, identificando rumos para quais somos impelidos a seguir. Estas exigências emergem no encontro da nossa pessoalidade com dados da realidade de modo tal a emergir intuições de correspondência e não-correspondência, evidências.

Giussani (2009) aponta que o ser humano é constitutivamente abertura à totalidade, resultando daí que as exigências fundamentais são inesgotáveis e que temos condições pessoais estruturais de caminhar em direção à realização. As exigências não findam com sua frustração e nem mesmo com experiências de satisfação ou correspondência. Podemos, porém, tomar a nós mesmos e a realidade como que fechados, a considerar, por exemplo, a realização como impossível (negações) ou substituindo seus fundamentos por alguns de seus aspectos (reduções).

Quanto ao trabalho em Psicologia Clínica, um ponto que identificamos como primordial é que uma avaliação cuidadosa da própria experiência pelo psicólogo e a atenção aos seus próprios critérios é o que permite que o ele possa estar atento aos mesmos pontos-fundantes no cliente, de modo a acompanhá-lo em sua singularidade. Marcoccia (2006) exemplifica algumas perguntas que podem orientar o olhar do psicólogo quanto ao seu paciente: Que pessoa é essa?, Como ela se organiza?, O que dá unidade à sua experiência? São perguntas que partem de uma curiosidade estrutural pela vida, sua origem e seu fim. Acrescentamos ainda estas: Qual é a raiz da experiência? Para onde ela aponta? Estas nos parecem visar os aspectos fundamentais da pessoa bem como seus desdobramentos enquanto busca.

Outro aspecto importante é a positividade última da experiência. O olhar do psicólogo clínico, neste sentido, é voltado para os pontos que dão força ao movimento pessoal, vislumbrando-os tanto em acontecimentos realizadores e correspondentes quanto em experiências de frustração ou dor, em sintomas, em experiências traumáticas etc. Há uma centelha que mantém a pessoa acesa, que a mantém em busca de realizar-se, mesmo quando racionalmente possa dizer que não tem esperanças, ou quando os aspectos de sua realidade são entendidos por ela suficientes para que possa chegar a ser feliz. Há a possibilidade ainda de apreensões da própria realidade e de desvios em que a busca não vai ao encontro do que corresponde à pessoa.

> Partir de si quer dizer partir da própria pessoa surpreendida na experiência quotidiana. Então, o "material" de partida não será mais um preconceito sobre si mesmo, uma imagem artificiosa de si; não será mais uma definição de si talvez emprestada das ideias correntes e da ideologia dominante. (Giussani, 2009, p. 60).

Portanto, o Psicólogo Clínico embasado em Experiência Elementar irá buscar estes pontos-matriz da experiência da pessoa em sua cotidianidade. Ainda que muito encobertos, quando tocados têm a potência de fazer emergir o “eu”. A pessoa pode chegar a dizer: “Nada está bem, mas eu gostaria que estivesse.” É possível que esta percepção de si não altre o contexto em que a pessoa vive, mas se o psicólogo auxilia a identificar este ponto em que ela chega a dizer “eu”, em que reconhece que espera um bem, ela pode tomar este critério de modo a buscá-lo, a ir ao encontro desse bem, imprimindo sua pessoalidade no mundo e possivelmente modificando-o.

Evidencia-se que o ser humano é movimento, é dinâmico, estruturalmente (Mahfoud, 2012). O trabalho para com a pessoa é, portanto, “ajudá-la a retomar com clareza o seu destino, a recuperar com clareza o seu objetivo de vida.” (Bernareggi, 2011, p.10). Isto não lhe garante a realização de suas exigências.

> Se uma pessoa, olhando para a sua própria vida, contasse ter chegado aonde chegou seguindo uma linha amorfa, toda homogênea, “sem infâmia e sem louvor”, sem que nenhum abalo a tenha feito partir ou mover-se, não poderia comunicar nada”. (Giussani, 2004, pp. 149-150).

A pessoa está sempre se movendo, e a potência está presente em meio a acontecimentos turbulentos, dificuldades e problemas do cotidiano, está lá a todo momento e em cada ação, ainda que parecesse tomar a direção contrária ao que a faria realizada. As exigências estão lá, são as raízes de toda experiência e é para elas podemos atentar na clínica.

Tomemos, então, uma experiência clínica a fim de elucidar os pontos tratados, bem como para identificar outros que emergem ao longo do trabalho à luz da Experiência Elementar.

Um caso clínico

Relatamos aqui o acompanhamento clínico de J.R., de 34 anos, casado e pai de duas filhas, internado em hospital psiquiátrico para tratar de depressão associada a dependência química de crack. O paciente já vinha de outras internações e seu quadro de

depressão era grave. As reflexões a seguir estão baseadas nos relatórios de atendimento clínico.

J.R. - como todos nós - preserva um conteúdo que é tal qual seu motor: as exigências. É certo que o veículo de J.R. estivesse muito desgastado e desamparado, mas o fato é que aquele motor guarda toda a potência humana, independentemente de estar ou não em boas condições. Internado, J.R. apresentava-se sempre cabisbaixo, com a fala desarticulada de sentimentos, além outros sintomas comuns a deprimidos.

Logo na primeira oportunidade, J.R. fala da expectativa pelo atendimento clínico e revela ter sofrido abuso sexual na infância: aquela violência cometida por dois homens desconhecidos nunca lhe saiu da cabeça. Na ocasião estava com seu primo, que também foi violentado. J.R. diz ter guardado segredo por anos, e que, ao contá-lo aos familiares quando adolescente, teve o que chamou de “a maior frustração da minha vida.”: os familiares não acreditaram. Buscando confirmar seu relato, J.R. diz ter procurado o primo, mas este decidiu negar tudo, piorando ainda mais a sua situação perante a família. Segundo ele, o único que o acolheu foi o pai, que por outro lado, resolveu compensá-lo pelo abuso sofrido com bens materiais e com um tratamento diferenciado dos irmãos. J.R. relata que desde então começou a fazer uso de drogas, os irmãos se afastaram tanto pelo uso de drogas quanto por se sentirem diminuídos pelo pai.

Reconhecemos como ponto-chave da experiência de J.R. sua exigência por reconhecimento. O abuso e suas consequências devastadoras o fizeram, desde cedo, colocar em suspenso esta parte de sua história. Não ter reconhecida a veracidade do evento traumático foi relatado como humilhação. Na sua percepção, tentou-se substituir o reconhecimento por bens materiais. Giussani (2009) aponta a substituição voluntarista como a colocação de um bem aparentemente positivo em lugar do que é fundamental: aquela compensação não seria capaz de validar a experiência de reconhecimento da qual J.R. tinha exigência. O psicólogo tenta imaginativamente colocar-se no lugar de J.R. e adverte a experiência de solidão que ele vivenciara. Neste ponto, emerge a presença ao estar inteiro diante dele, ouvindo e acolhendo sua história: reconhecendo-o. Esta experiência tem a potência de fazer com que a pessoa possa se veja acompanhada - ao ser ouvida, ao se ouvir, ao examinar sua história. Esta presença implica em tomar com seriedade a pessoa e suas experiências. Este modo do profissional se colocar possibilita que o paciente também se tome a sério e reavalie seus critérios. Segundo Giussani, (2009, p. 64), “omitindo aquele crivo crítico, o sujeito fica alienado e fossilizado na

tradição, ou, entregue à violência do ambiente, findará por abandoná-lo.". J.R. vinha de várias experiências em que não se via sendo levado a sério, experiências de abandono. Na exigência de confirmação de si, J.R. perdeu-se de sua força pessoal e abandonou-se a estímulos ambientais, em especial às drogas e a critérios de outros que o colocavam em condição de desvalor. Daí a importância da presença que o reconhece.

Ainda no primeiro atendimento J.R. diz que as drogas estão acabando com o relacionamento com a esposa. Relata inúmeras brigas e que na ocasião da internação estava há alguns dias na casa da mãe, devido a mais uma briga com a esposa. Chama a atenção do psicólogo o fato de J.R. contar que, diferentemente da maioria dos casos por ele conhecidos, não deixara a esposa ou as filhas desamparadas em função da dependência química. Relata ter continuado a trabalhar e que o uso das drogas sempre foi feito com o dinheiro "extra", e que no auge da fissura chegou a vender seus sapatos não tendo deixado faltar o básico para sua família.

Aguçados pela visão da Experiência Elementar, podemos identificar em meio a esta situação nitidamente devastadora, o emergir de uma fagulha: o sentido que sua família tem pra J.R. Ele detecta que a relação com a esposa não vai bem, que se sente mal por isso, mas dentro de toda esta situação identifica em si, como ponto de sustentação, o cuidado com as filhas e a esposa, o querer o bem para elas acima inclusive de seus impulsos em direção à droga. O psicólogo faz o trabalho de tomar esta experiência para si mesmo e se questiona: "Sabendo da força da dependência química, esta esposa e filhas devem ter um significado enorme para ele, a ponto de serem o fio que o mantém ligado à vida." O trabalho do psicólogo é, portanto, o de apontar este sentido que emerge, esta potência que o permite tomar um caminho contrário ao delimitado pelas tendências individuais e sociais, ao mais esperado dentro da situação. O psicólogo aponta, na fala de J.R., a força de sentido que sua família, apesar de tudo, tem para ele, preservando ainda que o mínimo em função daquelas pessoas. Na perspectiva da Experiência Elementar, o trabalho de convidar a pessoa a olhar para a própria experiência por um outro ângulo, no ponto que faz com que ela se mova. Neste ponto de partida de sua busca, há potência para elaboração da experiência, há movimento para toda e qualquer mudança que parta da própria pessoa, dá-se um percurso em que a clareza do ponto original permite a convergência dos atos para um destino mais realizador.

No segundo atendimento J.R. chega um pouco mais animado. Relata que escrever tem o ajudado no tratamento que vem fazendo no hospital. Diz que fica em seu quarto e escreve cartas para sua esposa e suas filhas e que no conteúdo conta a elas sobre sua história de vida, relata motivos pelos quais acredita ter entrado para o mundo das drogas, se responsabiliza por várias situações, e pede desculpas. Diz ainda que faz promessas de coisas simples, diferentemente das que costumava fazer e que nunca conseguira cumprir. Ele se diz orgulhoso por ter sido sincero e honesto em suas cartas e relata a felicidade de ter recebido carta-resposta de uma filha e da esposa, perdoando-o. Neste momento, lembra-se de seus irmãos, tidos por ele como pouco honestos e moralistas para com os filhos, não cuidando de ser verdadeiros. Diz que eles o acusam pelo uso de drogas, mas que levam vidas falsas em outros sentidos. Aponta ser carinhoso e cuidadoso com a mãe, enquanto seus irmãos apenas a visitam quando precisam de alguma ajuda financeira.

J.R. relata a alegria de ser reconhecido. O gesto de ser perdoado é o mesmo que ser reconhecido, para além de seus erros. Sua felicidade neste momento diz respeito a uma experiência de correspondência. Ele busca reconhecimento de sua pessoa e, ao ser verdadeiro, a alcança. Até que ponto as drogas não lhe ofereciam uma resposta parcial a esta sua busca? Ou mesmo um abandono de si ao afirmar a impossibilidade de reconhecimento, entregando-se aos estímulos supostamente realizadores do crack? Giussani (2009) aponta que, enquanto humanos, podemos negar, desqualificar, substituir ou reduzir as nossas questões primordiais. J.R. não indica quais destas modalidades assumiu para chegar ao uso das drogas, mas, enquanto psicólogo, pode-se apreender que as drogas tamponaram sua experiência, e que ali, em atendimento, havia uma possibilidade real de destrinchar estes pontos, mas especialmente para apontar esta sua busca por reconhecimento. A experiência com as cartas, é um exemplo simples da possibilidade de que ele tem de encontrar experiências de reconhecimento. É impressionante ainda que quando tocada esta fagulha, se ascendem outras: por exemplo, sua exigência de verdade nos relacionamentos. Ele começa a retomar seu critério e percebe incoerências em seus irmãos a partir de um reconhecimento do sentido da verdade e da força desta em sua experiência com a esposa e a filha. Na perspectiva da Experiência Elementar é preciso esta atenção e presença de modo a colher da própria experiência seus fundamentos: não se trata de ir em busca de algo que não está ali. Ao final do atendimento J.R. diz que ainda se sente mal pelas coisas que fez e que, apesar de perdoado, ele mesmo não se perdoa. Diz que, se pudesse, mataria o “antigo J.R.”. O psicólogo que parte da Experiência Elementar busca identificar as vivências destes

pontos que fundamentam a experiência, especialmente favorecer uma unidade de experiência enquanto se examinam as fragmentações. O psicólogo propõe, então, a J.R. que escreva uma carta do "novo J.R." para o "antigo J.R." do mesmo modo que a fez para as filhas e a esposa. Ele aceita a proposta. Aqui está um ponto a ser cuidado. Todo método, proposta, avaliação, teste, etc. a serviço do psicólogo devem estar a serviço da experiência da pessoa, deve partir do que já está lá, e não de pressuposições do técnico. Pensando nisto, a proposta da escrita não é uma receita, mas algo que emergiu justamente da experiência de J.R.

No terceiro atendimento J.R. relata ter escrito a carta de si para si mesmo, como sugerido e descrever sensação de alívio ao escrevê-la, sentindo como se tivesse escrito realmente a outra pessoa e no término, ao reler a carta, rasgou-a. Disse que pôde reconhecer-se como homem justo, que tem vontade de ajudar as pessoas e que é carinhoso, características que estavam já presentes no "antigo J.R." e que permanecem. É possível identificar que J.R. já começa a reestabelecer a razoabilidade em sua experiência: J.R. dá um juízo sobre sua experiência tendendo à totalidade dos fatores, tomando os aspectos negativos e positivos, bem como aspectos passados e presentes. É importante identificar este juízo e esta unidade, pois é o que dá concretude à experiência da pessoa e a coesão de seu "eu" estraçalhado por anos de cisão.

J.R. retoma então situações de sua vida em que foi reconhecido por estas características mas identifica um novo problema: diz ser demasiado "bonzinho", acaba "abaixando a cabeça" em várias situações. Relata ter sido rebaixado de função no trabalho, mesmo sendo reconhecidamente bom profissional, mas "para evitar confusão" aceitou. Note que J.R. retoma a realidade em suas características, começa a emitir juízos sobre elas, mas não basta. Emerge então a questão do posicionamento, a questão da moralidade: uma busca para que seus gestos estejam em consonância com seu juízo e com os dados da realidade. Novamente, o psicólogo aponto isto a J.R. e encerra o atendimento.

Um aspecto importante para o psicólogo ancorado na perspectiva da Experiência Elementar é reconhecer que estes apontamentos estão à serviço do destino da pessoa e que partem do reconhecimento do mistério da realidade. Isto quer dizer que não busca-se dar as respostas à pessoa, mas acompanhar sua experiência de modo a apontar o que está já na realidade e em sua singularidade. O psicólogo confia que a realidade é misteriosa, e que está o tempo todo a se atualizar, convidando a pessoa do paciente a se

reorganizar, a se recolocar. Confia que ela caminha a um destino muito pessoal, tendo seu tempo e forma de responder a estes acontecimentos que nem mesmo ele pode saber quais serão. Sem reconhecer o misterioso destino da pessoa e da realidade o psicólogo dificilmente conseguiria fazer um trabalho de acompanhar e ao mesmo tempo deixar nas mãos da pessoa os critérios para se posicionar.

No quarto e último atendimento o paciente relata que terá alta da internação psiquiátrica, avaliada por ele como positiva, comparando com as vezes anteriores quando saía sem confiança de que pararia de usar drogas, pensando em usar droga "mais leve". Desta vez compreendeu os estragos em sua vida e que não pode usar aditivo algum. Afirma planejar voltar a frequentar o grupo de sua Igreja, quer retomar o relacionamento com um amigo de trabalho com quem sempre pôde falar sobre tudo, que sempre o ajudou, mas de quem havia se afastado por causa das drogas. Afirma a vontade de fazer atividades simples como ir à padaria sem o olhar de desconfiança da esposa, e a possibilidade de ser um pai presente na vida das filhas. "Eu gostaria de ser um pai que ajuda as filhas no dever de casa." Neste ponto em que o J.R. dá sinais de ter retomado suas exigências fundamentais, emergem seus critérios com grande clareza e fica em evidência a busca de realização, o anseio e o desejo de se encontrar com o que pode satisfazê-lo de forma mais plena.

> O fato maior não é existir, mas é o encontro: aquela circunstância única da qual toda uma história depende, um momento do tempo. A pessoa sente isso, não diz sequer a si mesma mas, naquele momento, entende que pertence àquela coisa que encontra, vive isso sem um segundo de hesitação sequer. (Giussani, 2004, p.159).

Apesar da beleza deste momento, é importante reconhecê-lo como um momento de cuidado também. O principal é que a pessoa retome seus critérios, mas considerar também que a vida carrega o mistério que pode possibilitar encontros realizadores e outros frustrantes. Enquanto psicólogo é preciso se manter acompanhando estes passos da busca, que certamente será feita de percalços, e afirmar em cada passo dado o sentido que está dando força ao movimento da pessoa, bem como auxiliando na compreensão dos limites.

> A companhia é estarmos juntos como expressão do pertencer comum dentro da realidade, e a realidade é o ambiente determinado pela sua própria presença ou pela presença à qual você adere. A realidade existe onde existe significado; na medida em que não há significado, não há realidade. Estar

> juntos é por e para pertencer comum dentro da realidade. Aí a pessoa muda, muda a carteira de lugar, encontra o jeito de dar aula, tenta dar aula de uma forma diferente, convida o outro para ir à sua casa; mesmo que alguém a tivesse importunado durante toda a aula, ela retoma, tem paciência, perdoa... (Giussani, 2004, p.160).

Conclusão

Por ser multifacetado e levar em consideração o humano enquanto ser dinâmico, pode-se perceber o trabalho do psicólogo com esta visão de homem muito atrelado ao movimento do paciente, em um desenrolar contínuo e em rede. Podemos concluir que a Experiência Elementar é um arcabouço teórico que não visa oferecer uma visão linear de homem, e que nesta perspectiva clínica faz-se indipensável que o psicólogo se dê conta dos conceitos que dão base a esta perspectiva, educando-se a uma atenção à experiência. Este cuidado permite uma unidade no trabalho do profissional, que pode se tornar hábil para colher, nos atendimentos, os elementos fundamentais da experiência de seus pacientes. Concluímos, ainda, que J.R. pôde se beneficiar dos atendimentos de modo a retomar-se enquanto "eu", reordenando e retomando seus critérios, reconhecendo relações e acontecimentos que dão sentido à sua vida e ampliando seus horizontes de busca de realização, o que pôde por fim reconfigurar o significado das drogas em sua vida.

Referências Bibliográficas

Bernareggi, P. (2011). Acompanhar a pessoa é ajudá-la a caminhar em direção ao seu destino [mimeo]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Giussani, L. (2004). *Educar é um risco.* (N. Oliveira, Trad.). Bauru, SP: Edusc. (Original publicado em 1977)

Giussani, L. (2009). *O senso religioso* (P.A.E. Oliveira, Trad.). Brasília: Universa. (Original publicado em 1986)

Mahfoud, M. (2012). *Experiência elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília: Universa; Belo Horizonte: Artesã.

Marcoccia, S.M. (2006) Experiência elementar na clínica psicológica. [mimeo]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

O RESGATE DO EU NO ADOECIMENTO PSÍQUICO: CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA ELEMENTAR

MARCELA ALVES SILVA

MIGUEL MAHFOUD

Resumo: Luigi Giussani nos atenta para o drama de nosso tempo, em que o "eu" não aparece. A realidade de um hospital psiquiátrico radicaliza a nossa necessidade de tomar posição diante desse quadro, porque para lá vão pessoas com dificuldade de responder por si próprias. Este trabalho pretende ser uma investigação sobre experiência clínica psicológica em contexto de hospital psiquiátrico, apoiando-se no conceito giussaniano de experiência elementar, com o objetivo de contribuir com a fundamentação desta teoria na psicologia clínica. São trazidos relatos de atendimentos psicoterápicos individuais. Bernareggi, contribuindo com Giussani, diz que não somos apenas o finito, mas busca estrutural inesgotável por realização. A sede pelo infinito e abertura a ele, até diante do mais radical limite, é o que os autores nomeiam como rosto, a experiência elementar. Neste trabalho, os resultados apontam para essa busca dentro dos limites psíquicos; para o encontro com uma realidade humana viva que tem a potência de acendê-la; para a possibilidade de psicólogos ajudarem a pessoa a caminhar em direção a seu destino de realização, com sua liberdade, mesmo estando em condições de limite psíquico.

Palavras-chave: Experiência Elementar, adoecimento psíquico, psicologia clínica

Se cada dia cai,
dentro de cada noite,
há um poço
onde a claridade está presa

Há que sentar-se na beira
do poço da sombra
e pescar luz caída
com paciência

Pablo Neruda

Introdução

Qualquer que seja o contexto em que se insira, um profissional que se proponha a lidar com o que é humano precisa ter clareza do critério que o orienta na ação. Dentro do

nosso contexto contemporâneo, em que imperam a pretensa objetividade e distanciamento, clarear o que seja verdadeiramente humano parece inadiável.

A realidade de um hospital psiquiátrico, em que estão escancarados os dramas humanos e onde os limites aparecem de forma radical, pede que saibamos também a radicalidade de nossa posição enquanto psicólogos. Para que encaremos os desafios dessa realidade sem sucumbir, é necessária busca acesa e clara. Nesse intento, a experiência elementar e suas implicações, preconizados por Luigi Giussani (2009, cf. Mahfoud, 2012), são de grande valia.

O presente trabalho é uma investigação sobre experiência clínica psicológica em contexto de hospital psiquiátrico, apoiando-se no conceito de experiência elementar e suas implicações, com buscando contribuir com a formulação daquela teoria na psicologia clínica.

O contexto adoecedor

Giussani (1993) nos atenta para o drama de nosso tempo: o “eu” não aparece – o que considera uma grande violência. O autor nos fala de três consequências decorrentes da perda do horizonte em que o eu se insere: a cisão entre afeto e razão, a presença constante do medo e uma incessante necessidade de autoprodução. Olhando o ser humano por suas reações, a afetividade não tem relação com razão, e, sendo apenas guiado por elas, sem a totalidade da qual é parte, ele não se ancora na própria experiência, vive temendo o momento seguinte. Assim, abandonado a seu desmembramento, vive na ilusão de criar a si próprio, fica tentando se autoproduzir. Nesta fragilidade, nos lembra Giussani, é que entra a dominação de quem está no poder:

> O eu gerado pela violência é definido pela reatividade, que o faz mesquinho, o aprisiona ao detalhe que mais o solicita, no qual possui a ilusão de se autogovernar. Esta é a grande e amarga ilusão! Porque, se o homem coincide com a determinação específica que o faz reagir, está dada a possibilidade, na sociedade de hoje – pela astúcia do uso dos relacionamentos que estão na mão do poder –, que o poder produza e governe o que determina o indivíduo. (Giussani, 1993, p. 223)

Trazer o “eu” à tona, sua humanidade e capacidade de responder à realidade (com afeto e razão, com a totalidade) é um grande trabalho de resgate. E nós, psicólogos, não

estamos à parte desse contexto, estamos inseridos nele. Também nós precisamos ser resgatados, para não servir à instrumentalização e dominação a que o poder nos conduz. É possível identificar também nas nossa área o que Giussani (1993, p. 221) aponta: “Existem as ciências, não existe mais a pessoa. O cientista ‘vibra’ pelos dinamismos, não pela pessoa.”

A realidade do hospital psiquiátrico também radicaliza nossa necessidade de tomar posição diante desse quadro, porque 1) é para lá que vão (eventualmente) as pessoas que mais perderam a capacidade de responder por si próprias, ao menos momentaneamente; 2) na hierarquia profissional o saber médico ocupa lugar de topo no tratamento. Se os diagnósticos não forem tomados dentro da totalidade que a pessoa é, correm o risco de se tornarem instrumentalização da violência em que o “eu” não aparece.

“De mais infinito a menos infinito” : A pessoa é um grito que não se cala

Pierluiggi Bernareggi (2007), fundamentando filosoficamente a teoria giussaniana, indica que a pessoa é uma tensão entre finito e infinito. Mesmo que não tomemos consciência desta tensão, ela está presente em cada gesto nosso. Não somos apenas o finito, o limite, o que perece; temos uma busca estrutural inesgotável por realização, nosso destino: esta busca é relação com o infinito. Essa sede pelo infinito e abertura a ele - até diante do mais radical limite - é o que Giussani (2009) chama de rosto, coração, experiência elementar. Diferente dos outros animais, o homem é dotado de liberdade:

> A liberdade é, antes de mais nada, capacidade de uma *percepção* da realidade não inculcada, capacidade de uma percepção que nasça "desde dentro", determinada por algo que pré-ocupa o eu: aquele conjunto de exigências e evidências que constituem o rosto original do eu, a estrutura da natureza humana. Tal percepção institui uma *comparação* entre aquilo no qual o eu se embate e aquilo que o constitui originalmente. É esta comparação que dá ao homem a possibilidade de buscar a satisfação. (Giussani, 1993, p.224)

Saber o sentido, o motivo e o critério com quais fomos dotados ao nascer, nos ajuda a ir além da instintividade, das reações, com as quais vivem os outros animais. No contato com a realidade, quando comparamos o que encontramos com o que a nossa experiência elementar pede, formulamos o que Giussani (1993) chama de *primeiro juízo*, primeiro fator da liberdade, no qual afeto e razão estão juntos. A liberdade acontece, portanto, quando este juízo mostra que a realidade corresponde ao nosso coração, às nossas exigências fundamentais por amor, justiça, beleza, verdade etc. Essa primeira percepção, porém, precisa ser desenvolvida: juízo é “fruto de um trabalho (o mais decisivo trabalho

do homem)" (Giussani, 1993, p. 225). O ato de comparação precisa ser retomado continuamente, não é uma imediatez. Desse juízo nasce a *criatividade*. "A criatividade verdadeira não é uma exuberância imaginativa, mas consiste no abraçar e plasmar a realidade segundo o ímpeto último e original do coração, isto é, segundo o juízo" (Giussani, 1993, p. 226). A identidade do ser humano permite que ele vá além do que é estipulado pelo poder - e é ela que precisa ser trazida à tona.

No hospital psiquiátrico, muitos são os casos de pessoas que, desesperadas, tentam ou pensam em morrer. O que sempre se mostra presente é o grito de vida existente em um peito tão cansado. Quando diziam que a vida não vale mais a pena, mostravam radicalmente que queriam que a vida fosse diferente, que os realizasse. Um paciente certa vez disse: "Eu decidi me enforcar com o lençol, então na hora chamei o enfermeiro", e outro falou: "Eu vejo que não vale mais a pena viver e quero morrer. Então não sei o que fazer". Ainda que sutilmente, ou que não se dessem conta disso, o que eles clamavam é por um outro caminho que não fosse a morte. Chamar o enfermeiro na hora da decisão evidencia isso. A frase "eu não sei o que fazer" mostra que a constatação de que não vale a pena viver não satisfaz. O próprio fato de me comunicarem aquilo já demonstrava um pedido por outra alternativa. Dentro do mais doloroso limite (do drama de sermos finitos, limitados) há um pedido de realização, uma abertura ao infinito.

Uma paciente gravemente deprimida disse que, se não estivesse no hospital naquela hora, teria se matado. Carregava uma dor muito grande: quando estava casada e grávida, descobriu que sua filha tinha uma doença e não sobreviveria muito tempo, caso nascesse. A menina nasceu e viveu por quinze dias. No mesmo período, seu marido a traiu com uma amiga e não quis contato com a criança. A paciente viveu o drama da iminência da morte de sua filha sem a companhia do homem que amava, conferia continuamente se a menina ainda respirava: "Foram cheios de dor e de alegria. Mas foram os quinze melhores dias da minha vida". Eis o rosto, a nossa estrutura: a correspondência de nossas exigências, a nossa busca por felicidade. A felicidade não era ditada pelos sentimentos, ainda que estes fizessem parte dela, e tampouco cabia dentro dos limites. A dor, a alegria, e as várias sensações que ela possa ter vivenciado nesse tempo evidenciavam a importância, o sentido, daquela vida, que nem a morte iminente – limite radical – poderia tirar. O juízo e o critério que aquela paciente usou para comparar e chegar a afirma terem sido "os melhores dias da minha vida" eram o relacionamento com o infinito que sua filha significava. Que a filha - ainda que não pudesse ficar muito tempo

junto à mãe - era sua realização enquanto pessoa, é uma evidência. Esse contato com a realidade, comparada à experiência elementar, suscitou o ponto claro que emergiu junto com a escuridão da dor. O desafio do psicólogo é o de ficar na escuridão com a paciente sem perder de vista os pontos claros de sua experiência, as evidências.

A potência do encontro dá forma ao rosto

Sobre o resgate da profunda identidade do homem, Giussani afirma que ela só é possível diante de um *encontro*, por trazer uma diferença qualitativa:

> O emergir do homem, da reconquista da identidade é possível não por um raciocínio, por uma autorreflexão, mas *somente* por um *encontro:* o encontro com uma realidade humana viva. É embatendo-me numa realidade humana nova que descubro a mim mesmo, entrevejo a possibilidade de uma mudança. (Giussani, 1993, pp. 227-228)

O encontro com sua filha trouxe para a paciente citada a realização de sua própria vida. A força disso fez com que ela considerasse o curto período de tempo com sua criança como o melhor de toda a sua vida. Esta não é uma abstração ou um romantismo; é dramático, radical e evidente; é onde a vida tem sentido.

Outro exemplo da força do encontro como sentido da própria vida é o de um marido de paciente com internação psiquiátrica. Ela chegara ao hospital em grave crise de esquizofrenia, delirando. Ele foi como acompanhante. O psicólogo o atende depois de várias solicitações de outros profissionais que pontuavam que ele estaria muito cansado e requerendo demasiado da enfermagem. Ele estava realmente cansado, mas o que dizia era: “As pessoas dizem para eu ir embora, mas eu só vou quando ela estiver melhor. Não consigo descansar longe dela.” O próprio limite se dilui dentro da totalidade, do valor que ali se afirmava: não é que estivesse tudo bem e sem sofrimento, mas é que dentro daquela situação tão cheia de limites havia a correspondência ao coração, às exigências fundamentais. Quando a esposa estava prestes a ter alta, visivelmente cansado, após o período de mais de um mês no hospital psiquiátrico, ele disse, radiante: “Agora posso descansar. Foi muito difícil ficar aqui, eu tive medo e não sabia se estava fazendo o melhor por ela. Às vezes eu queria não amar, olhar para minha mulher na cama ao lado e não me envolver tanto. Mas nós viemos ao mundo para isso, não é? Para amar. Para aprender a amar”. Quando o psicólogo pôde apontar a beleza e reconhecer junto com a pessoa atendida que o amor devotado à esposa fazia parte fundamental do tratamento ele respondeu, emocionado: “Mas é tão pouquinho...”. Estar diante dela o colocava em

uma tensão que o mobilizava a fazer sempre mais, em uma posição de profunda humildade e realização.

Muitos poderiam dizer que ele tinha claros motivos para se lamentar, vendo sua esposa se comportar tão diferente do que ela realmente era, tendo de ficar longe de casa e se sacrificando por ela. Ou, ainda, que ele teria motivos para se auto afirmar, já que estava fazendo tanto. Mas ele foi categórico: viemos ao mundo para isso e tudo que eu faço é pouco. Este juízo que emergia na sua experiência era um exercício de liberdade:

> Pretensão e lamento emergem quando a companhia é vivida em função egocêntrica. Ao invés, pedido e gratidão surgem onde a companhia é reconhecida e vivida como o lugar do caminho em direção ao grande horizonte, o lugar do chamado à própria identidade e da ajuda à realização da própria liberdade. (Giussani, 1993, p. 234)

A paciente do caso anterior também mostrava que a afirmação da vida do outro (sua filha) era seu exercício genuíno de liberdade. Dissera que jamais pensara em abortá-la, mesmo sabendo de sua doença: “Foi Deus quem deu, Ele é quem tira. Eu jamais poderia decidir sobre o futuro da minha filha.” O amor pelo destino do outro (que ao mesmo tempo é e não é meu) é outra grande lição de Giussani (1993, 2003, 2009).

Acompanhar a pessoa rumo a seu próprio destino e o amor à sua liberdade

É recorrente psicólogos relatarem um misto de ansiedade, medo e vontade de ajudar. Medo diante de situações novas é esperado e pode chamar a maior atenção, mas frequentemente creem terem em suas mãos a responsabilidade de mudar o outro ou a garantia de resultados. No entanto, a realidade ela é maior e mais simples: não é o psicólogo quem garante, nem mesmo o outro; que algo de significativo aconteça, é um desejo comum, é preciso ser presença para que o acontecimento que nos transcende nos modifique a ambos de alguma forma (Mahfoud, 1989). O mais importante diante de um paciente é amar a própria vida e amar a vida dele. A gratidão por ter tido/ter companhias ao longo da vida, que nos permitissem caminhar rumo à própria realização, nos torna responsáveis (no sentido de impelidos a responder) por aqueles que se depararam com tantos desencontros. O trabalho do psicólogo, com suas técnicas e intervenções, precisa estar ancorado nesse amor pela vida.

> O eu, portanto, é sede de infinito que, através do impacto com as circunstâncias, determina e verifica o seu caminho e, diante da circunstância mais irredutível que se possa conceber, a mais nobre, a mais divina na qual nos é dado a embater –

> quer dizer, diante de outro como ele, diante de um outro homem – se vê impelido a amar o destino deste, tal como ama o seu próprio, a ajudá-lo a buscar o seu destino da mesma forma que busca o seu. (Giussani, 2003, p. 212)

Quando o psicólogo adverte a beleza como a da paciente diante de sua frágil filha, aquele sinal de luz em meio à escuridão, o profissional pode se procupar em comunicar para a paciente aquele ponto essencial de sua experiência, com o cuidado artesanal de não banalizar sua dor, pois justamente a dor comunicara a grandeza do vivido. Os encontros podem gerar algo de novo para o paciente quanto para o psicólogo.

Quando aquela paciente teve alta, na ocasião de um último encontro com o psicólogo, ela relatou estar ansiosa por encontrar a sobrinha e que deixaria os remédios com sua mãe parda não correr o risco de tomá-los todos de uma só vez. Nunca saberemos plenamente o que fez com que a paciente mudasse, mas esse posicionamento pode propiciar felicidade ao psicólogo, por ser a realização de seu trabalho: a paciente caminhando rumo a seu destino – consciente de que o caminho não seria fácil e de que os pontos firmes precisariam ser retomados continuamente. Ela corria o risco até de querer dar cabo da própria vida de novo, mas naquela fala se instaurou algo novo, um juízo: quer viver. Ela estava sendo livre, e a liberdade é fruto do juízo, que precisaria ser retomado. Este encontro traz o que diz Bernareggi (2011, p.10): “Uma vez que você tenha o objetivo claro, você pode até desviar, mas imediatamente sabe que está desviando. Por ver o objetivo claro, não porque lhe dizem que está desviado”.

A experiência profissional de psicólogos pode nos levar a aprender que amar o outro é amar sua liberdade, e que a grande satisfação no encontro com se dá quando toma sua própria vida nas mãos.

> A paixão por comunicar apoia-se nesta consideração: a pessoa a quem nos dirigimos é uma pessoa *livre*. E é antes de mais a ela que há que saber dar as razões da verdade que se comunica. Que essa pessoa seja livre significa que o nosso primeiro esforço deve consistir em comunicar, em iluminar a *razão* daquilo que se afirma. (Giussani, 2003, p. 218)

Liberdade pressupõe a possibilidade de contradição. O outro pode *escolher* estar distraído de suas questões fundamentais e não deve ser este o critério para comunicar a vida que ali está presente. O critério é o que a dor (que vivenciamos diante de a outra pessoa não se realizar) aponta: eu espero que ela se realize. Essa esperança nos coloca diante da paciência.

A aceitação diante da realidade e a distância que nos aproxima

A dimensão da companhia pede que não colonizemos o outro. É sutil a linha que separa a espera que o outro se realize e pretensão de garanti-lo: exige um trabalho contínuo de paciência.

Uma paciente idosa foi internada várias vezes no hospital psiquiátrico porque sua irmã, também idosa, não aguentava cuidar dela e o marido não a queria mais. De temperamento difícil, a paciente mentia frequentemente, se vitimizava, arrumava muitos argumentos para negar sua condição de saúde e conseguir o queria. Carregava uma dor muito grande por chegar ao fim de sua vida sem ter alguém por perto. O psicólogo pode acompanhar a paciente bem de modo muito próximo sem assumir o encargo de fazer com que deixasse de mentir ou manipular. O que ela mais precisava naquele momento era de um relacionamento e, este, o psicólogo poderia lhe oferecer relacionando-se com ela. Não é questão de ser agradável, e frequentemente pacientes se voltam contra seus atendentes por não colaborarem com o que pretendem. O psicólogo pode estar comprometido com a paciente na medida em que estiver comprometido com a própria exigência de verdade: dar crédito à capacidade da paciente de ficar com o limite que a realidade lhe dava. Ela teve alta da internação aparentemente como a iniciou - mentindo e manipulando - mas o psicólogo pôde comemorar pequenas vitórias: durante o processo foi passando a formular o relacionamento em termos mais pessoais; aos poucos o psicólogo foi entrando em seu horizonte enquanto uma alteridade e não como alguém em quem projetar sua insatisfação.

> Olhar o outro na perspectiva de seu destino. (...) Nunca posso considerar o outro como sendo totalmente meu. Há algo que me ultrapassa na minha relação com ele: se respeitar isso que me excede, o outro sentir-se-á melhor tratado por mim, e nossa amizade terá mais possibilidades de se consolidar e a ajuda mútua tornar-se-á imediata. (Giussani, 2003, p. 78)

Aqui Giussani fala em amizade, e podemos pensar nessa dimensão também na relação terapêutica. O destino do paciente e sua liberdade lhe são próprias, e isto traz para a relação uma distância. Respeitando essa distância, eu consigo ficar frente a frente com ele (Giussani, 2004). Estamos, juntos, cada qual com seu conjunto de exigências originais, pertencendo ao mistério com um destino comum.

Conclusão

Em um ano de estágio me deparei com histórias e sofrimentos das mais diversas formas. Estive diante da impotência de não poder transformar toda uma sociedade adoecedora e adoecida. Estive diante de pessoas que, muito delirantes ou afetadas cognitivamente, me surpreendiam com uma frase de gratidão ou um gesto de carinho. Estive diante de desafios que, dia a dia, davam golpes às minhas concepções pré-estabelecidas sobre as pessoas. A realidade se impõe, me confronta, pedindo que eu saiba responder, de novo e sempre, o que é que eu estou fazendo ali.

Hoje digo que, se não soubermos reconhecer em nós o nosso rosto, nossa busca estruturante por ver o outro se realizar, o amor ao meu destino e ao dele, não temos muito o que fazer em um hospital psiquiátrico. Temos uma sociedade já muito bem equipada e preparada para apontar as falhas, os limites, para dizer sobre a doença e a loucura. Pouco se noticia sobre o brilho nos olhos daqueles que encontram quem os ame mesmo estando doentes, pouco se fala que no gesto do suicida há uma busca inconciliável de ser feliz.

Sem a dimensão do infinito que cada pessoa carrega e é, da luz caída que há em cada um, fica insuportável estar diante do finito, do poço escuro. E precisamos falar disso. Precisamos reconhecer a busca de realização que cada pessoa carrega. Giussani nos ajuda muito trazendo alicerces em que podemos nos apoiar para resgatar o "eu", sua verdadeira identidade e liberdade.

Referências

Bernareggi, P. (2007). Fundamentação filosófica da experiência elementar. [mimeo] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Bernareggi, P. (2011). Acompanhar a pessoa é ajuda-la a caminhar em direção a seu destino. [mimeo] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Giussani, L. (1993). Incontro all'umano. Em *Un avvenimento di vita cioè una storia: itinerario di quindici anni concepiti e vissuti* (pp. 219-235). Roma: Il Sabato.

Giussani, L (2003). *Realidade e juventude: o desafio.* (M.J.M. Mendes, Trad.). Lisboa: Diel. (Original publicado em 1995)

Giussani, L. (2004). *Afecto y morada*. (C. Giussani, Trad.; C. Roa, Rev.) Madrid: Encuentro. (Original publicado em 2001)

Giussani, L. (2009). *O senso religioso*. (PAE Olivdeira, Trad.). Brasília: Universa. (Original publicado em 1986)

Mahfoud, M. (1989). O eu, o outro e o movimento em formação. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Anais da XIX Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia* (pp.545-549). Ribeirão Preto, SP.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Brasília: Universa; Belo Horizonte: Artesã.

CORPOREIDADE, POSICIONAMENTO VOLUNTÁRIO AUTÊNTICO E EXPERIÊNCIA ELEMENTAR

ACHILLES GONÇALVES COELHO JÚNIOR[129]

CRISTIANO ROQUE ANTUNES BARREIRA[130]

RESUMO

A cultura da autenticidade, atualmente incentivada pela sociedade tecnológica, tem sido impulsionada por ideais individualistas, gerando uma ruptura com as convenções sociais, os laços humanos e a tradição, podendo esvaziar a possibilidade de considerar critérios mais profundos nas situações que exigem um posicionamento pessoal diante das vivências da corporeidade. O objetivo deste trabalho é discutir a relação entre o posicionamento voluntário autêntico, corporeidade e experiência elementar. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que pauta a obra *O Problema da Empatia* (1917), de Edith Stein, e a obra *Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer* (2012), de Miguel Mahfoud, buscando estabelecer as relações entre estes temas no interior de ambos os livros, bem como certas aproximações entre os autores.. A corporeidade, analisada a partir da vivência do corpo próprio ou alheio, apresenta ao Eu Puro sentimentos corporais, anímicos e espirituais que desencadeiam um motivo para as vivências de tender e/ou querer. A tomada de posição voluntária diante destas primeiras vivências pode considerar os valores pessoais e culturais, mas se torna expressão da autenticidade apenas na medida em que a pessoa identifica na própria experiência um critério original pelo qual julga o posicionamento que melhor corresponde à realização do ser.

Palavras-chave: Fenomenologia; Experiência Elementar; corporeidade; tomada de posição voluntária

Introdução

A questão do posicionamento voluntário autêntico, conforme abordada neste trabalho, pode ser situada num contexto mais amplo a partir das reflexões de Charles

[129] Psicólogo, Mestre em Psicologia Social pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Professor das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros/MG (FIP-Moc).

[130] Psicólogo, Doutor em Psicologia, Professor Associado da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (USP).

Taylor (2011, 2013) a respeito do que tem chamado de cultura e ética da autenticidade. O autor aponta que, ao lado de um mal-estar contemporâneo, está a adoção da razão instrumental como critério de julgamento da experiência, marcando de forma redutiva o uso da liberdade, uma vez que desconsidera vários aspectos da experiência humana em favor de um cálculo das consequências das ações que se torna o critério racional prioritário. Assumidos pela sociedade tecnológica, ideais individualistas impulsionam o potencial do sujeito se expressar através de escolhas originais, o que passa por uma ruptura, não apenas com as convenções sociais, mas também dos laços humanos e da própria tradição. Decerto, há uma polarização entre análises sociais que vem aí motivos para lamentar o que se passa e análises que comemoram a destradicionalização como libertação de velhos grilhões que impediam a expressão da individualidade. Entretanto, o filósofo recusa tanto as análises celebrativas quanto as análises catastrofistas. A seu ver:

> Já existe uma luta entre os incentivadores e os críticos até no que concerne à cultura da autenticidade. Estou sugerindo que essa luta é um engano; *ambos* os lados estão equivocados. O que deveríamos fazer é lutar pelo significado de autenticidade e (...) tentar persuadir as pessoas de que a autorrealização, muito longe de excluir relacionamentos incondicionais e exigências orais além do *self*, na verdade, as requer em alguma forma. A batalha não deveria ser *pela* autenticidade, contra ou a favor, mas *sobre* ela, definindo seu significado correto. (Taylor, 2011, p. 78).

Inserindo-se no debate, Costa (2004) discute que no contexto social contemporâneo, a corporeidade passa também a ser valorizada como critério de posicionamento, uma vez que *“os indivíduos urbanos elegeram o bem-estar e os prazeres físicos como a bússola moral da vida”* (p. 132). Considerando o desencantamento dos valores sociais que guiavam a realização pessoal, com o advento da modernidade, o corpo passa a ser o centro das atenções por assumir uma possibilidade de referência de um ideal de perfeição e de expressão de originalidade, onde o prazer seria a consequência buscada pela pessoa e tomada como fator de cálculo pela razão instrumental.

Diante destas facetas do cenário social contemporâneo e de suas análises concorrentes, uma importante contribuição da Psicologia pode advir de uma reflexão profunda sobre os aspectos antropológicos que constituem o ser humano, acolhendo a abertura constitutiva do ser, para algo que ultrapasse sua própria interioridade. Visando

enfrentar este contexto, as análises empreendidas no seio da fenomenologia clássica disponibilizam uma descrição rigorosa do ser humano, buscando compreendê-lo em sua complexidade estrutural, dotada das dimensões da corporeidade, psique e espírito que se mostram interdependentes, além de apontar para vivências comunitárias como constitutivas de si mesmo. Ponto de chegada comum de várias análises de autores fenomenólogos, a identificação de critérios de posicionamento autêntico tem sido assinalada, ora chamado de “centro do eu”, “núcleo pessoal”, “ponto originário dos sentimentos”, entre outros, conforme aponta Ales Bello (2000). Para a Psicologia, interessa então aprofundar na discussão não apenas da relação entre um posicionamento voluntário e corporeidade, mas também nos critérios adotados neste tipo de posicionamento de maneira que se torne verdadeiramente pessoal e autêntico.

O objetivo deste trabalho é cumprir uma discussão introdutória a respeito das relações entre o posicionamento voluntário autêntico, corporeidade e experiência elementar, possibilitando o aporte de uma contribuição própria à psicologia de perspectiva fenomenológica ao problema contemporâneo amplamente situado como ética e cultura da autenticidade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que pauta a obra *O Problema da Empatia* (1917), de Edith Stein, e a obra *Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer* (2012), de Miguel Mahfoud, buscando estabelecer as relações entre estes temas no interior de ambos os livros, bem como certas aproximações entre os autores.

Corporeidade e Posicionamento Voluntário Autêntico

Edith Stein foi considerada uma das principais discípulas de Edmund Husserl, acompanhou de perto o trabalho de seu mestre através da tradução de seus manuscritos, mas também dedicou-se a pesquisas de seus próprios temas que aprofundavam aqueles apresentados pelo próprio mestre (Ales Bello, 1998, 2000, 2004). Edith Stein, sempre interessada em explicitar os aspectos essenciais da pessoa em sua dinâmica e unidade constitutiva, dedicou-se a temas de antropologia filosófica, pedagógicos e formativos, assim como a temas religiosos. A filósofa partia sempre de uma análise fenomenológica da experiência humana, seguindo o método proposto por Husserl (Stein, 1917/1998, 1922/1999, 1932/2001). A “atitude fenomenológica” foi seu ponto de partida metodológico, onde buscava “voltar às coisas mesmas” prescindindo de tudo o que se pode duvidar e de

todo conhecimento *a priori* que pode ser eliminado no percurso da pesquisa que ela visa desenvolver (Stein, 1917/1998; Coelho-Júnior & Mahfoud, 2006, 2014).

Na obra *O Problema da Empatia* (1917/1998), após realizar uma revisão teórica do ato da empatia, assim como descrito pelos autores que lhe eram contemporâneos, Edith dirige seu olhar para aquelas vivências onde o corpo vivo próprio se apresenta à consciência pura, visando posteriormente explicitar como a vivência empática se insere no fluxo de vivências de nossa consciência. Detendo-nos aqui neste ponto de interesse, ou seja, sua descrição sobre a corporeidade, explicitamos alguns aspectos essenciais de suas análises.

O aspecto material do corpo é explicitado, uma vez que o corpo físico (*Körper*) próprio ou alheio se oferece à percepção, destacando diferenças em relação a outros objetos físicos (Stein, 1917/1998). O corpo é percebido como corpo vivo (*Leib*), ligado a um Eu que acolhe as sensações despertadas neste corpo vivo próprio, ao mesmo tempo que expressa através dele sua interioridade.

As vivências de sensação e percepção corporal revelam não apenas uma dinâmica da interioridade humana, mas o sentido dos objetos correlatos da sensação. As sensações físicas provocam um tipo de sentimento sensível ou sensações emotivas que acompanham a apreensão do objeto. Assim a sensação promove a possibilidade de outro grupo de vivências, como por exemplo, prazer, agrado, tormento, entre outras. Estas sensações emotivas ou sentimentos sensíveis, sentimento denominado "corporal", motivam assim outro tipo de sentimento comum denominado por Stein (1917/1998) como "estado de ânimo". Assim, as vivências anímicas e as corporais, analisadas aqui como sentimentos sensíveis e estados de ânimo, mostram um mútuo operar, uma interdependência essencial, se determinam mutuamente. Diante da realidade vivida - constituída não apenas por objetos físicos, mas também por pessoas e eventos da cultura – a pessoa apreende a manifestação dos valores e, ao senti-los, identificamos o sentimento espiritual (por exemplo o amor a uma pessoa ou a dor por perder alguém).

Os sentimentos corporais, anímicos ou espirituais, se apresentam assim como motivos para as "vivências da vontade" (Stein, 1917/1998). Os sentimentos prescrevem uma possibilidade de ação em uma determinada direção, um "tender" a uma direção, que pode ou não coincidir com aquilo que a pessoa reconhece como sendo seu "querer" (Stein, 1917/1998). Diante desta tensão possível entre o querer e o tender, a pessoa

realiza uma tomada de posição voluntária, decidindo acolher ou rejeitar a direção que foi prescrita ou motivada pelos sentimentos. Assim, através de um ato de vontade, uma ação pode ser criada, expressando o posicionamento pessoal e as características anímicas próprias (Stein, 1917/1998; 1922/1999; Coelho-Júnior & Mahfoud, 2014). O posicionamento pessoal, seja através de um "propósito", seja através de uma "ação voluntária", pode estar mais ou menos coerente com aquelas características estáveis que compõe a unidade da alma e seu núcleo pessoal. O posicionamento pode ser guiado por padrões culturais gerais e/ou seguir impulsos advindos das sensações, mas também pode expressar uma autenticidade, onde a pessoalidade marca a ação e o tipo de escolha realizada, imprimindo nos gestos, as características pessoais próprias.

Experiência Elementar

A categoria da "experiência elementar" tomada como exigência originária e como aspecto objetivo da subjetividade humana, foi discutida por Luigi Giussani (2009) e discutida de maneira aprofundada, nas suas contribuições para o âmbito da Psicologia, por Miguel Mahfoud (2012). Seguindo as descrições antropológicas de Giussani, Mahfoud (2012) dá uma nova in-formação conceitual à Psicologia:

> **experiência elementar** [*grifos do autor*] designa o ímpeto original que está na base de todo gesto ou posicionamento humano, pelo qual a pessoa pode reconhecer suas exigências fundamentais (de felicidade e de justiça por exemplo) e também reconhecer as evidências fundamentais (como a da própria existência e a de uma realidade que a transcende). (p.34)

Ao apontar para a experiência elementar, Mahfoud (2012) ajuda a reconhecer a possibilidade de que a pessoa identifique, na própria experiência, os critérios de avaliação de tudo o que se vivencia. Trata-se da dinâmica da emissão de um juízo completamente pessoal a respeito da correspondência entre as exigências originárias e fundamentais, e tudo aquilo que a pessoa encontra em seu mundo e na história. Atualmente, diversas pesquisas estão sendo desenvolvidas pelo Grupo Experiência Elementar em Psicologia, reconhecendo a experiência elementar como chave de compreensão de processos

subjetivos que expressam a marca da pessoalidade e da autenticidade própria da pessoa[131].

Experiência Elementar e unidade da pessoa

Em relação à tomada de posição autêntica, ao apresentar o dinamismo próprio da experiência elementar, constitutivo do ser humano, Mahfoud (2012) oferece uma profunda contribuição para a ampliação do conceito de experiência pessoal e autêntica. Ao explicitar as consequências do reconhecimento da experiência elementar, aponta que é próprio do dinamismo da experiência elementar a exigência de ser, presente em cada gesto e na origem de cada sentimento humano. A possibilidade de aprofundar a compreensão de cada vivência humana, revela em si mesma a presença desta exigência de ser, de viver, de deixar uma marca pessoal em tudo o que se faz e de se realizar em cada escolha. Considerar a totalidade dos fatores da realidade, apreendidos na própria experiência, mobiliza "força, direção e pessoalidade ao dinamismo do sujeito" (Mahfoud, 2012, p.57). O reconhecimento das vivências da corporeidade, apreendidos nos sentimentos corporais, anímicos e espirituais, não revelariam a experiência elementar encoberta atrás deles, mas são eles mesmos a expressão da experiência elementar, expressão da exigência de ser e de bem que são mobilizados na evidência da existência (Mahfoud, 2012).

Considerando o aspecto do sentimento como vivência, podemos verificar que diante do sentimento corremos o risco de ficar com a ressonância afetiva subjetiva e agir a partir de sua tendência, ou podemos nos abrir a acolher a evidência e o valor que ele revela, dando uma direção cognoscitiva e possibilitando um posicionamento diante do valor que nos foi revelado, gerando ainda um posicionamento justo, conforme a correspondência entre a exigência de ser da pessoa e os valores apreendidos (Mahfoud, 2012). Assim, só posso ser eu mesmo se me posiciono diante da realidade, bem como diante de minhas reações corporais e afetivas.

Posicionar-se autenticamente não seria um processo de autoafirmação, projetando sobre o mundo nossos desejos e valores, mas um reconhecimento da correspondência entre os valores percebidos na relação com a realidade e a exigência de ser, gerando ações criativas e marcadas pela pessoalidade. Assim, a corporeidade pode revelar a

[131] http://www.fafich.ufmg.br/experienciaelmentar/pesquisas, Recuperado em 01, novembro, 2014.

experiência elementar através da elaboração da experiência cujo conteúdo foi disponibilizado pelas percepções, sensações e sentimentos. A experiência elementar constitui-se como aquele critério necessário para o posicionamento voluntário autêntico diante das vivências da corporeidade e através dela como meio de expressão.

De um modo geral, o que essa discussão introdutória permite verificar é que os pensamentos de Stein e Mahfoud fornecem, sem dúvida, uma das mais atuais contribuições que a Psicologia tem a dar para a batalha defendida por Taylor, qual seja, aquela por uma definição correta de autenticidade.

Referências Bibliográficas

Ales Bello, A. (1998). *Edith Stein: la passione per la verità*. Padova: Edizioni Messaggero Padova.

Ales Bello, A. (2000). *A fenomenologia do ser humano: traços de uma filosofia no feminino.* (A. Angonese, Trad.). Bauru: Edusc. (Original publicado em 1992)

Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. (M. Mahfoud & M. Massimi, Org. e Trad.). Bauru: EDUSC.

Coelho-Junior, A.G., & Mahfoud, M. (2006). A relação pessoa-comunidade na obra de Edith Stein. *Memorandum, 11*, 08-27. Recuperado em 29 setembro, 2013, de http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/coelhomahfoud01.htm.

Coelho-Junior, A.G., & Mahfoud, M. (2006). Vontade e Experiência Comunitária à luz de Edith Stein. In Santos, G. L., & Farias, M. R. (Orgs.) (2014). *Edith Stein: a pessoa na filosofia e nas ciências humanas* (pp.243-258). São Paulo: Fonte Editorial.

Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura.* Rio de Janeiro: Editora Garamond. (Coleção A Lei do Desejo).

Giussani, L. (2009). *O senso religioso.* (P. A. E. de Oliveira, Trad.). Brasília: Universa.

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer.* Brasília: Universa; Belo Horizonte: Artesã.

Stein, E. (1998). *Il problema dell'empatia*. 2ª ed. (E. Costantini, Trad.). Roma: Edizione Studium. (Original publicado em 1917)

Stein, E. (1999). *Psicologia e scienze dello spirito: contributi per una fondazione filosófica.* (A. M. Pezzella, Trad.). Roma: Città Nuova. (Original publicado em 1922)

Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana.* (M. D'Ambra, Trad.). Roma: Città Nuova. (Original publicado em 1932-33, Publicação póstuma de 1994)

Stein, E. (2001). *Introduzione alla filosofia*. 2ª ed. (A. M. Pezzella, Trad.). Roma: Città Nuova. (Originais de 1919 a 1932, Publicação póstuma de 1991)

Taylor, C. (2013). *As fontes do self*: a construção da identidade moderna.. (A. U. Sobral e D. de A. Azevedo, Trad.). São Paulo: Loyola. (Original publicado em 1994).

Taylor, C. (2011). *A ética da autenticidade.* (T. Carvalho, Trad.). São Paulo: É Realizações. (Original publicado em 2010).

ANÁLISE DAS VARIÁVEIS QUE FAVORECEM O INÍCIO E A PERMANÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

ALINE OLIVEIRA DA COSTA

MIRIA BENINCASA GOMES

RESUMO

Podemos definir violência e agressão como qualquer comportamento que tenha por intenção, ofender e humilhar o outro. Podemos classificá-las nas seguintes modalidades: verbais, físicas e sexuais. Entre os diversos tipos de violência, o foco do presente estudo é a violência de gênero, a violência contra a mulher, entendida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. O objetivo da pesquisa foi investigar: quais são os fatores que podem levar ao início e a permanência da violência doméstica. **Método**. Trata-se de ume pesquisa documental realizada em prontuários de vítimas de violência nas 2ª e 3ª Delegacias de Polícia da Mulher e Participativas, durante os anos de 2006 e 2007. Foram avaliados quatorze prontuários de mulheres com faixa etária entre 19 a 45 anos. O roteiro avaliado foi dividido em três partes: (1) Dados de Identificação (2) Situação Sócio-Econômico-Cultural e (3) Variáveis Psicológicas. **Resultado e Discussão**. Por meio dos dados apresentados identificou-se que existem variáveis externas (consumo de álcool, drogas, dificuldades financeiras, desemprego) e internas (ciúme, situações de estresse, frustração, personalidade do agressor e histórico familiar) que favorecem o início e a permanência da violência de gênero. Considerações finais. Acredita-se que, diante desta realidade, intervenções devem ser realizadas no sentido de proteção da mulher e de empoderamento desta para a denúncia.

Palavras chave: Violência; Mulher; Violência de gênero.

Introdução

Segundo Saffioti (1999 *apud* Cortez; Souza, 2008), violência é todo ato capaz de violar os Direitos Humanos, e entre os diversos tipos de violência, nosso foco de estudo é a violência de gênero, a violência contra a mulher, entendida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde segundo Day *et. al* (2003).

A violência de gênero pode ser conceituada como aquela que é exercida de um sexo sobre o sexo oposto, e como qualquer ato que resulte ou possa resultar em algum dano

ou sofrimento para a mulher, nos quesitos físico, sexual ou psicológico, incluindo as ameaças, a privação da liberdade de ir e vir, os castigos, os maus tratos, as humilhações públicas e privadas, a pornografia, agressões sexuais e etc. (Kronbauer e Meneghel 2005).

A violência doméstica trata-se de atos violentos que ocorrem dentro dos lares, com taxa de homicídios menores, mas com prejuízos individuais, familiares e sociais. Entende-se por violência intrafamiliar:

> "Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue" (DAY, 2003, pág. 10).

Podemos destacar algumas formas mais comuns de violência intrafamiliar, dentre elas estão:

- Violência física, que ocorre quando o agressor tenta causar danos por meio de força física, com algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas, em que a mulher sofre agressões físicas, inclusive deixando marcas, como hematomas, cortes, arranhões, manchas, fraturas e ficar sem assistência quando está doente ou grávida, entre outros. (Pereira, 2006)
- Violência psicológica, que inclui toda ação ou omissão, que tem por intenção causar danos à autoestima e a identidade da vítima, inclui ainda, ameaças sutis, desqualificação, humilhações, críticas constantes, ironizar publicamente, xingamentos, fazer a pessoa duvidar de sua própria sanidade, provocar culpa e confusão mental; controlar os movimentos, vasculhar pertences pessoais, como gavetas, celulares etc; usar os filhos para fazer chantagem; isolar a vítima dos amigos e parentes; provocar situações constrangedoras no ambiente de trabalho da vítima; controlar, reter, tirar o dinheiro da vítima; destruir ou ocultar documentos pessoais da vítima e de seus filhos; maltratar

animais de estimação da vítima com o claro propósito de atingi-la; e impedir que a vítima exercite suas crenças religiosas. (Pereira, 2006)

- Negligência, que seria a omissão da responsabilidade, sobretudo em relação àqueles que precisam de alguma ajuda por diversas questões.
- Violência sexual, em que o agressor obriga a vítima a ter relações sexuais contra a sua vontade, mesmo sem uso de violência física, força práticas sexuais que causam desconforto ou repulsa, obriga a vítima a olhar imagens pornográficas, quando ela não deseja e obrigar a vítima a fazer sexo com outras pessoas. A violência sexual inclui toda ação realizada em uma situação, em que um exerce poder sobre o outro, utilizando a força física, influência psicológica ou sob o uso de armas**. (**Day *et. al* 2003).
- Violência religiosa: considerar as mulheres com inferiores e justificar isso usando a Bíblia ou tradição religiosa; culpar as mulheres pelo mal e pela morte ou a causa do pecado; usar as cerimônias matrimoniais para afirmar a supremacia masculina e a submissão das mulheres; ser discriminada por estar divorciada, ou por ser mãe sem ser casada. **(**Day *et. al* 2003).

A violência contra a mulher que pode ocorrer tanto na rua como em casa, como postula Hermann (2000). Nosso foco de estudo são as vítimas da violência sofrida no espaço doméstico, praticada, sobretudo, por maridos e companheiros. Conforme podemos observar a violência doméstica pode ser compreendida como violência física, psicológica, sexual e patrimonial, dentro de uma relação conjugal ou familiar, conforme postula Passos (1999). O que nos leva a alguns questionamentos como: quais são os fatores que podem levar ao início e a permanência da violência doméstica que assola a classe feminina? E o que provoca este tipo de comportamento por parte do agressor? Porque algumas mulheres mantém uma relação conjugal sob o cenário de violência constante?

A Violência de gênero é um fenômeno social, e pode ser considerado decorrente da desigualdade entre homens e mulheres. As situações de violência contra as mulheres resultam em suma, da relação de hierarquia, que foi estabelecida, ao longo da história, pois, papéis diferentes foram instituídos socialmente entre os sexos, fruto de uma educação diferenciada, por meio da família, da escola, igreja, amigos e os meios de comunicação em massa, de forma que, para o sexo masculino, são atribuídas qualidades

referentes ao domínio e a agressividade, e para as mulheres as qualidades atribuídas foram a do “Sexo frágil”, pelo fato de serem mais sensíveis e afetivas, qualidades que se contrapõem ao sexo masculino e por isso não são tão valorizadas na sociedade. (Azevedo, 1985).

Segundo Pereira (2006), a violência doméstica não tem distinção de cor, classe social ou de idade. Não atinge somente as mulheres, mas seus filhos, famílias e os próprios agressores. É uma das piores formas de violação dos direitos humanos de mulheres e meninas, uma vez que extirpa os seus direitos de desfrutar da liberdade fundamental, afetando a sua dignidade e auto-estima.

Chauí (1999 *apud* Cortez; Souza 2008), coloca que a violência de gênero se compreende em uma relação de desigualdade, em que o objetivo seria a dominação, exploração e a opressão do outro, do lado mais “frágil”, neste caso, a mulher, e ao analisarmos nossa sociedade fica evidente que existe uma hierarquização entre os gêneros, estabelecendo de um lado, um gênero que possui o poder, neste caso o homem, que é forte, racional e ativo, e do outro lado, á mulher, que não possui poder algum e que é sensível, emotiva e passiva.

Wood (2004 *apud* Cortez; Souza 2008), coloca que a ocorrência de violência doméstica contra a parceira é um meio de o parceiro controlá-la, de modo que o agressor mantenha sua masculinidade intacta, e existem algumas justificativas comuns para as agressões, que podem ser divididas em quatro subtemas: a) Ela me desrespeitou como homem; b) Ela me provocou; c) O homem tem o direito de controlar sua mulher; e d) A mulher aceita a situação de violência.

A violência conjugal está envolvida por uma busca direta do poder, e essa busca incessante pode estar relacionada à insegurança pessoal, causada pelo desejo masculino de exercer poder e controle, ou seja, na maioria das vezes a violência se origina da incapacidade de experimentar a impotência por parte do homem, e para lidar com esse sentimento exerce poder sobre aqueles que eles julgam mais frágeis e propensos a sua dominação. (Wood 2004, *apud* Cortez; Souza 2008).

Portanto de acordo com os pressupostos teóricos levantados, o objetivo da pesquisa é investigar: quais são os fatores que podem levar ao início e a permanência da violência doméstica que assola a classe feminina, a partir de um levantamento documental de estudos realizados na Delegacia da Mulher.

Método

A pesquisa foi realizada através de um levantamento documental, de um trabalho de pesquisa, apresentado na IX Jornada Apoiar: Violência Doméstica e Trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal (2011), “Violência, Mulher e Família: Descrição e sistematização dos atendimentos psicológicos realizados nos Plantões nas Delegacias da Mulher e Participativas do ABC e do Programa de Mestrado em Psicologia da saúde na Universidade Metodista de São Paulo”, realizado por Vizzotto *et al*. (2011) , nas 2ª e 3ª Delegacias de Polícia da Mulher e Participativas, durante os anos de 2006 e 2007. Utilizaram-se como materiais, quatorze prontuários, que relataram casos de mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica. A faixa etária das pessoas que compusera a amostra foi de 19 á 45 anos. As entrevistas contidas nos prontuários ocorreram através dos atendimentos realizados nas 2ª e 3ª Delegacias de Polícia Participativa, tais atendimentos foram realizados por estagiários de psicologia da Universidade Metodista de São Paulo. As entrevistas foram realizadas a partir de um questionário, que foi dividido em três partes: 1) Dados de Identificação; 2) Situação Sócio-Econômico-Cultural; 3) Variáveis Psicológicas. Foi realizada uma análise dos dados contidos nos prontuários. Seguiu-se por uma análise descritiva, para levantamento e identificação das variáveis que poderiam levar ao início e a permanência da violência doméstica contra a mulher.

Resultados e discussão

Segundo Day *et. al* (2003), a violência contra a mulher é entendida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, caracterizada como qualquer ato ou conduta, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico. Diante dos dados apresentados, ficou claro, que existe uma diversidade em relação a idade das participantes, no nível de escolaridade, algumas tem vida profissional ativa, outras não, ou seja, a violência doméstica não tem distinção de cor, classe social, escolaridade ou de idade, e que atinge não só as mulheres, mas seus filhos, famílias e os próprios agressores, conforme coloca Pereira, (2006).

De acordo com dados apresentados no estudo, foi possível observar, que em todos os casos apresentados as vítimas sofreram violência psicológica, dez sofreram violência

psicológica seguidas de violência física, Pereira (2006), coloca que a violência de gênero se constitui em fases, classificando a fase um, como a fase em que existe uma tensão entre o casal, fase esta que ocorre incidentes menores, como a violência psicológica, xingamentos, ameaças e humilhações, e na fase dois se concretiza o ato de violência física, que acompanha a violência verbal, na fase dois a mulher sofre os danos físicos mais sérios.

Os resultados também apresentaram casos de violência sexual, maus tratos e constates ameaças de todos os gêneros, inclusive de morte. A modalidade de violência que foi citada apenas uma vez foi á violência sexual. Podemos notar alguns fatores que levaram ao início e a permanência da violência, como ciúme excessivo, oposição á separação, uso de substâncias psicoativas, álcool e drogas, e companheiros opressores que exercem uma posição de poder e supremacia sob a companheira.

Através da análise dos prontuários, identificamos as variáveis como: o uso de drogas e álcool, problemas financeiros, ciúme excessivo, gravidez indesejada, dados esses, que vão de encontro com o que diz Cortez e Souza (2008), que existem variáveis externas e internas, que favorecem o início e a permanência da violência de gênero, como o consumo de álcool, drogas, dificuldades financeiras, desemprego, e variáveis internas, como ciúme, situações de estresse, frustração, personalidade do agressor, histórico familiar, o padrão cultural aprendido e reproduzido, e etc.

Azevedo (1985), e Maldonado (1970), incluem outras variáveis que podem desencadear a violência como, filhos indesejados, ausência de condições para sobrevivência, problemas psicológicos e psiquiátricos, pais que foram abusados quando crianças, fanatismo religioso, entre tantos outros e essas agressões contra a mulher constituem a exacerbação de um relacionamento hierárquico entre os sexos, em que a violência masculina é um exercício perverso da dominação do macho sobre a fêmea.

Através dos dados obtidos, também se percebe, como foi exposto por Chauí (1999 *apud* Cortez; Souza 2008), que a violência de gênero, se compreende em uma relação de desigualdade, em que o objetivo seria a dominação, exploração e a opressão do outro, do lado mais fraco temos a mulher, e fica evidente a hierarquização entre os gêneros, pois o homem é considerado como forte, racional, e a mulher totalmente destituída de qualquer poder. Podemos notar claramente a visão patriarcal de masculinidade, em que os homens sempre tentarão estar no comando dos relacionamentos.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi identificar, e descrever ás variáveis que podem levar ao início e a permanência da violência doméstica contra a mulher. É importante destacarmos que a partir da literatura apresentada, a sociedade está com um olhar mais crítico em relação à violência de gênero, e também em relação aos direitos das mulheres.

A Violência de gênero é entendida como problema de saúde pública pela OMS, e conforme a literatura apresenta de fato em nossa sociedade, existe o estereótipo do papel feminino, que atribui à mulher características de dependência e passividade, deixando clara a hierarquização entre os gêneros, pois o homem é considerado como forte, racional, e a mulher totalmente destituída de qualquer poder, e os homens sempre tentarão estar no comando dos relacionamentos.

De acordo com o que vimos na literatura, diante dos dados apresentados e da análise realizada, ficou claro que além da violência de gênero ser um fenômeno social que vem tomado grandes proporções, trazendo muitos prejuízos para a família e para a sociedade, ela ocorre por fases, em que primeiro existe uma tensão, seguida pelos atos violentos e uma fase mais amena em que o agressor promete mudar de postura, mas mantém os mesmos comportamentos agressivos, e identificar as variáveis que podem ser consideradas como fatores primordiais para o início e permanência da violência doméstica, é de suma importância, para tentarmos entender o do perfil dos agressores, e as situações em que ocorrem a violência de gênero.

Consideramos importante que outros estudos sejam realizados, a fim de buscar uma melhor compreensão da dimensão psicológica da mulher agredida contribuindo para que sejam elaborados programas preventivos mais eficazes junto a estas mulheres e programas voltados para o empoderamento destas, para que realizem as denúncias e saiam de relacionamentos que ameaçam a sua saúde e integridade física.

Referências:

AZEVEDO, Maria Amélia. (1985). Violência física contra a mulher: dimensão possível da condição feminina, braço forte do machismo, face oculta da família patriarcal ou efeito

perverso da educação diferenciada? In: ______. **Mulheres espancadas**: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, p. 45-75.

CORTEZ, M. B. E SOUZA, L. (2008). Mulheres (in)Subordinadas: O Empoderamento Feminino e suas Repercussões nas Ocorrências de Violência Conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Espírito Santo, 24 (2), 171-181.

DAY, Vivian Peres. et al. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista Psiquiatra**. Rio Grande do Sul, 1, 9-21.

HERMANN, Jacqueline; BARSTED Leila Linhares. (2000). **Violência contra mulher:** Um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro: Cepia.

KRONBAUER, D. F. J. E MENEGHEL, N. S. (2005) Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. ***Revista saúde pública***, Rio Grande do Sul, 39 (5), 695-701.

MALDONADO, M.T. (1997). **Os construtores da paz:** caminhos da prevenção da violência. São Paulo: Moderna.

PASSOS, Elizete Silva. (1999). Palcos e platéias: as representações de gênero na Faculdade de Filosofia. Salvador: UFBA; Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher.

PEREIRA, Mariana Alvarenga Eghrari. (2006). **Protegendo as mulheres da violência doméstica.** In: Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil , 3. Brasília: Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. FNEDH.

VIZZOTTO, M. M.; HELENO, M. G. V.; BONFIM, T. E. ; ARIAS, G.S.; FUKAMASHI, H.K.; RODRIGUES, J. ; MARCOS, V.P.; MELO C. (2011). Contornos da violencia doméstica: Síntese do levantamento de dados sobre a população atendida pela psicologia em delegacias da mulher na região do ABCD Paulista. In: IX Jornada Apoiar, 2011, Jornada Apoiar: Violência Doméstica e Trabalho em rede compartilhando experiências: Brasil, Argentina, Chile e Portugal. São Paulo: IPUSP – Instituto de Psicologia da USP, p. 590-603.

O SURDO E A FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

AMANDA RIBEIRO

MIRIA BENINCASA GOMES

Resumo

A linguagem, para muitos autores, tende a ser a grande mediadora entre o homem e sua cultura. Os atores responsáveis para que esta inserção se efetive são os que assumem o papel parental. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de 20 anos como ouvinte usuária e intérprete de Libras em instituições de ensino e junto à comunidade surda em espaços diversos. Há 20 anos a profissional desenvolve atividades com surdos sendo, há aproximadamente 10 anos, interprete. Durante todo este período foi possível observar que a grande maioria dos pais não se dedica á compreensão e aprendizagem de LIBRAS. A postura é, preferencialmente, de incentivar que o surdo se oralize, Análise da Experiência. Segundo a literatura, para que a criança surda com pais ouvintes construa sua subjetividade é necessário que seus pais sejam atendidos a fim de ressignificarem suas funções paternas e maternas para então enxergar as possibilidades de laços afetivos, apesar das diferenças, esse acolhimento aos pais é imprescindível por se tratar de um momento onde filho e pai deverão aprender a se adaptarem a uma realidade não planejada e surpresa para ambos.

Palavras chave: Surdo, Família, Escola, Aprendizagem

INTRODUÇÃO

Há muito tempo a luta da comunidade surda se faz presente, exigindo direitos educacionais equiparados aos dos ouvintes, uma luta em busca de respeito à sua língua natural e ao seu processo de escolarização. Cansados de serem tratados como deficientes intelectuais, por não apresentarem o mesmo desempenho dos ouvintes em sala de aula, os surdos apontam para educação bilíngue como sendo o método eficaz de ensino-aprendizagem para pessoas surdas (Nobrega. Andrade, Pontes, Bosi, Schemberg, Guarinello & Massi, 2012)

Vigotsky (1989) discute a cerca da linguagem e de suas funções comunicacionais, sociais e a influência que esta pode ter nos indivíduos a sua volta, segundo o autor a linguagem seria o grande mediador entre o homem e sua cultura. Assim sendo, nas relações parentais seria imprescindível haver uma construção de estratégias

comunicacionais a fim de serem estabelecidos vínculos onde os pais apresentariam o mundo a seus filhos.

A realidade atual desta busca por educação bilíngue e as barreiras comunicacionais vividas nos ambientes familiares são temas de muitos pesquisadores que, como Schemberg (2005) aponta, são elementos intrinsicamente ligados, pois a construção do sujeito se dá primeiramente dentro do seu núcleo familiar e depois estende-se a suas vivencias sociais, tendo a escola um papel muito importante também na formação destes sujeitos.

OBJETIVO

Relatar a experiência de 20 anos como ouvinte, usuária e intérprete de LIBRAS (Linguagem Brasileira de Sinais) em instituições de ensino e junto à comunidade surda em espaços diversos.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Aos sete anos de idade a profissional entrou em contato com a Língua Brasileira de sinais (LIBRAS) e, por curiosidade foi aprofundando seus conhecimentos junto à comunidade surda, até que na cidade de Floriano (PI), trabalhou como voluntária na Associação de Pais e Amigos dos excepcionais (APAE) para surdos. Os alunos tinham idade entre 9 e 16 anos e a professora não sabia LIBRAS. Todos os dias ela passava exercícios de completar palavras pontilhadas, com expressões severas dizendo *“São uns burros e preguiçosos, você vai ver não irão fazer nada”.* Realmente eles não faziam, até que a professora se ausentou por algumas semanas e pediu que a voluntária a substituísse durante esses dias. Esta aceitou e, na ausência dela, aproveitou para modificar o modelo da aula e ensinou aos alunos um pouco do que sabia sobre LIBRAS.

A mudança de comportamento deles foi muito rápida. Aprendiam com muita facilidade os sinais e passaram a também entregar as atividades. Esta resposta sugere que, nesta população, o ensino bilíngue gerou melhores resultados na aprendizagem e no desenvolvimento global do que inclusão dos alunos surdos em escolas com suas propostas voltadas aos ouvintes.

Depois de três anos morando no Nordeste, e com um período de dedicação a esses alunos da APAE a profissional adquiriu resultados com os alunos tais como: disposição para entrega das atividades propostas, melhora no comportamento em sala de aula, possibilidades de debater a respeito da opinião deles sobre diversos assuntos de

cunho geral como, por exemplo, clima, brincadeiras, religião, preferencias gastronômicas. Para que isso ocorresse, a principal estratégia foi utilizar sempre de uma didática que estimulasse o campo visual através de mimicas usuais do grupo, inserindo sempre sinais próprios da LIBRAS.

Voltando para São Paulo, especificamente para São Bernardo do Campo, em 2008, aos 21 anos, a profissional obteve o certificado de proficiência em LIBRAS oferecido pelo MEC através do PROLIBRAS e começou trabalhar profissionalmente como intérprete de LIBRAS em Instituições de Ensino superior.

A primeira Instituição como intérprete de LIBRAS, a profissional atuou interpretando para um surdo adulto, filho de pais surdos. Ele era oralizado, mas também utilizava da LIBRAS com fluência. Como seu pai também era surdo, sua Língua Natural foi desenvolvida dentro de casa. Apesar de seu pai não ter domínio da LIBRAS, eles sempre se comunicavam por gestos. Este aluno mantinha contato com a comunidade surda através de encontros onde ele sempre podia trabalhar seu vocabulário gestual.

Em contrapartida, este aluno surdo era casado com uma surda sinalizadora e os dois tiveram duas filhas ouvintes, as quais desenvolveram a fala oral através do contato com os outros familiares ouvintes e no convívio social, e a fala visual motora também foi desenvolvida dentro de casa desde cedo. As filhas já se comunicavam com seus pais utilizando da LIBRAS. Este aluno formou-se em Ciências Contábeis, mas até os dias atuais não atua na área. Ele alega que as vagas oferecidas para surdos são, na maioria das vezes, para trabalhar na produção das empresas com salários baixos e que não há um plano de carreira oferecido e, por este motivo, ele trabalha com vendas de produtos diversos de forma autônoma.

Neste mesmo período a profissional iniciou um trabalho no Centro de Línguas da mesma Instituição, também como Intérprete, atuando na sala de aula, mas na posição inversa, pois, o professor era surdo e os alunos eram todos ouvintes. O trabalho, portanto, estava em fazer a voz do professor nos dias de aulas teóricas. Neste local podia-se perceber que os alunos que chegavam ao centro de línguas tinham um interesse profissional ou religioso, mas poucas vezes pessoal familiar, por ter um filho ou parente surdo.

Os surdos que atuavam no Centro de Línguas em sua maioria eram filhos de pais ouvintes e que tiveram sua formação mesclada em escolas para ouvintes e escolas bilíngues. Notava-se a diferença nas aulas ministradas por surdos sinalizadores e surdos oralizados, Nas aulas dos surdos sinalizadores havia didáticas voltadas para o

desenvolvimento perceptual da visão através de dinâmicas diversas e os alunos ficavam sempre muito satisfeitos com as aulas. Nas aulas com surdos oralizados, contudo, o método era predominantemente oral, os surdos falavam oralmente em todas as aulas, os resultados eram alunos insatisfeitos e sentindo-se prejudicados em sua formação.

Nestes dois trabalhos a profissional permaneceu por três anos e voltou a trabalhar numa outra Instituição Particular de Ensino Superior por mais dois anos. Nesta outra Instituição atuou como intérprete e Instrutora de LIBRAS, no período letivo interpretava as aulas ministradas em sala de aula no modo presencial e também trabalhava nas aulas do EAD (ensino à distância) fazendo a interpretação em aulas ao vivo e em gravações de aula. Palestras e eventos da Instituição também contavam com a interpretação para LIBRAS, mesmo que não houvesse surdos, de modo a divulgar o trabalho de Inclusão.

Nesta segunda Instituição a profissional atuou em as aulas para dois surdos por tempos diferentes, o primeiro surdo que acompanhou era sinalizador, e por não ser oralizado não tinha amigos em sua sala, apresentava muitas dificuldades para entender os conteúdos ministrados e não chegou a concluir o curso, trancou a matrícula. Então começou a interpretar para um surda oralizada, muito comunicativa e que logo fez muitas amizades em sala de aula, ela sempre entendia claramente os conteúdos ministrados em aula e tirava boas notas em todas as disciplinas.

Concomitantemente ao trabalho regular, a profissional costumava acompanhar os surdos em outras situações como consultas médicas, conversas com advogados, entre outros. Esses acompanhamentos e também a convivência em situações de lazer, facilitaram sua proximidade com as famílias dos surdos, onde verificou não haver, entre os contatados, nenhum pai, nenhuma mãe usuários de Libras. Desta maneira mais próxima são acompanhados cerca de 5 surdos de forma mais ativa, e em momentos de lazer grupos maiores.

O que marca os encontros em acompanhamentos de consultas médicas ou ainda jurídicas é a postura entre mães ouvintes e filhas surdas, os diálogos são todos direcionados à interprete quando as duas querem conversar algo, é como se esta fosse porta voz de mãe e filha em questões particulares e cotidianas delas. Muitas vezes, nessas situações, a dupla aproveita para tratar de assuntos que estavam causando desentendimentos dentro de casa por falta de comunicação entre ambas.

Sempre que este encontro com pais de surdos se faz necessário, é seguido de muitas declarações das mães como *“ai menina, eu nunca aprendi a falar assim com eles” “que bom que você tá aqui a ‘fulana’ é muito nervosa, muito explosiva, eu acho que é*

porque ela não entende o que eu falo" entre outros. De fato é possível perceber que os pais dos surdos não tinham se mobilizado em nenhum momento para o aprendizado de Libras.

Ao contrário disso o caminho percorrido pela maioria deles era norteado pela tentativa de eliminar a diferença dos filhos, diferença vista como empecilho para uma vida em sociedade, já que existe a prevalência de um mundo dos sons, os pais dos surdos percebiam as diferenças entre surdos sinalizadores e surdos oralizados, (diferença que predomina nos dias atuais também).

Ao chegar à idade de sair em busca do primeiro emprego, mesmo com a lei das Cotas onde as empresas são obrigadas a contratar pessoas com deficiência, são escolhidos surdos oralizados, pois estes não apresentam barreiras arquitetônicas, nem mesmo atitudinais por conseguirem "ler lábios", a empresa então cumpre a Lei e não precisa de mudanças para isto.

Frente a essa realidade os pais optam por uma educação oralizada por perceberem ser a porta de entrada no mundo dos ouvintes, já que os surdos sinalizadores passavam por diversas entrevistas sem êxito, por apresentarem em si uma barreira comunicacional. Muitas vezes, estes surdos optavam por algum empreendimento. Foi percebido que mais do que julgar a família por uma escolha de educação oralizada, faz-se necessário analisar a situação em que esses pais se encontram, a realidade que aguarda seus filhos surdos.

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

De acordo com Dizeu e Corporali (2005) há uma diferença discrepante nas possibilidades de construção de linguagem entre a criança ouvinte que diariamente é exposta a discursos emitidos em sua língua natural enquanto a criança surda com pais ouvintes não tem essa vivência. Os autores apontam ainda para a importância de inserir a criança surda num contexto onde ela tenha contato com outros surdos no objetivo de trabalhar seu vocabulário gestual e sua relação com seus pares, além da importância de que sua língua natural (língua de sinais) seja preservada, incentivada, valorizada e utilizada em sua família.

O contrário disto, ou seja, a inserção de crianças surdas apenas em comunidades ouvintes tende a ocultar e depreciar a surdez destas crianças, evidenciando também suas

limitações por estar inserida apenas entre ouvintes, a ideia de deficiência estará sempre presente em cada tentativa de se igualar (Dizeu & Caporali, 2005)

O que é perceptível ao analisarmos o depoimento de um dos professores surdos que trabalhava no Centro de Línguas, este surdo conta dos dilemas que viveu durante o percurso de seu crescimento frente e a realidade de ser surdo e estar inserido em escolas inclusivas, por ter desenvolvido a fala ele alegava que seu aparelho de surdez tratava-se de um aparelho musical vindo do exterior e que ele era ouvinte como todos, por vezes não conseguia assimilar situações cotidianas da escola e não apresentava boas notas por não entender absolutamente nada do que se passava em sala de aula.

Um dia este surdo já adulto foi a uma palestra que tinha uma intérprete de Libras que contou a história dos surdos, da cultura e identidade surda que ele antes nunca ouvira falar, por estar inserido num contexto social apenas com ouvintes. Nesse dia ele diz ter entendido quem ele era, qual era sua identidade, a partir daí nunca mais usou aparelho auditivo e buscou aprender sua língua que deveria ter sido ensinada ainda nos primeiros anos de vida.

Hoje este surdo é formado em duas faculdades (Tecnologia da Informação pela Uninove e Letras Libras pela Universidade Federal de Santa Catarina), trabalha junto a comunidade surda desenvolvendo palestra para surdos afim de que eles possam também se conscientizar de que há possibilidades mesmo frente a diferença comunicacional específica da surdez, trabalha ainda na formação de interpretes de LIBRAS, e faz parte da Associação de Surdos do ABC.

Marzolla (2012) afirma que, para que a criança surda com pais ouvintes construa sua subjetividade é necessário que seus pais sejam atendidos a fim de ressignificarem suas funções paternas e maternas para então enxergar as possibilidades de laços afetivos, apesar das diferenças, esse acolhimento aos pais é imprescindível por se tratar de um momento onde filho e pai deverão aprender a se adaptarem a uma realidade não planejada e surpresa para ambos.

Na caminhada junto à comunidade surda a profissional pode perceber a necessidade de acolhimento destes pais que sem informação do que é LIBRAS, o que é surdez tomam decisões das quais se arrependem posteriormente por notarem não ter conseguido interagir com seus filhos da maneira que desejavam por conta da busca pela oralização, muito perdeu-se de relacionamento familiar, e de uma verdadeira construção de laços afetivos entre pais e filhos.

Silva (2005) aponta um aspecto importante, a autora afirma que qualidade de vida está intrinsicamente ligada à comunicação humana, pois é através da comunicação que é propiciado oportunidades de sociabilização como também construção da autonomia do individuo. Neste sentido Schemberg (2008) em pesquisa realizada refere-se ao *"ponto de vista de pais e professores a respeito das interações linguísticas de crianças surdas",* apontando que a falta de comunicação, portanto a exclusão de pessoas surdas nos âmbitos familiares e escolares se dá devido à falta de acesso a informação, ao desconhecimento a cerca da surdez e suas demandas específicas.

Está claro que os pais ouvintes de filhos surdos entram em contato com alguma informação a cerca da surdez de seus filhos e o que fazer com a realidade destes, a questão é qual informação eles tem recebido, e de quem. Pois é notória a insatisfação destes pais frente à impotência de se comunicar de forma efetiva com seus filhos, e do peso infiltrado nos discursos sobre o arrependimento de nunca ter aprendido LIBRAS, por ter um dia acreditado que estava fazendo o melhor para o seu filho inserindo-o em ambientes onde só mantinham contato com ouvintes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas pesquisas tem apontado para a importância da Libras na construção do sujeito surdo, e mais que isso a importância de que essa "língua viva" torne-se usual não apenas em âmbitos educacionais, mas primeiramente e estruturalmente dentro da família do surdo. O fato de a maioria dos pais de surdos não terem compreensão clara a respeito da Libras e as questões especificas da surdez comprova a necessidade de um movimento de conscientização destes pais. Não só conscientização, mas mobilização encontros de famílias que tenham surdos, pois como Schemberg (2008) aponta em sua pesquisa reuniões com pais de filhos surdos podem ser de grande valia por apresentar a possibilidade de troca de experiências, das dificuldades a serem superadas e alegrias a serem vividas.

Estes encontros teriam por objetivo uma primeira conscientização que poderia ter consequências imensuráveis nas futuras gerações de filhos surdos de pais ouvintes, pois estes seriam acolhidos por uma sociedade que os aceita em suas diferenças, não precisando passar por todas as dificuldades e sofrimentos vivenciados dentro de casa por falta de comunicação que a geração de surdos atual experimenta e sempre experimentou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dizeu, L. C. T. B. & Caporali, S. A. (2005). A língua de sinais constituindo o surdo como sujeito. Campinas: *Educ. Soc*. Vol. 26, n.91, p. 583-597.

Machado, M. M. T. (2012). Identidade surda e intervenções em saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. Ceará: *Ciência e saúde coletiva*, 17 (3): 671-679.

Marzolla, A. C. (2012) Atendimento psicanalítico do paciente com surdez. São Paulo: Zagodoni.

Nobrega, J. D.; Andrade, A. D.; Pontes, R. J. S. Bosi, M. L. M.; Schemberg, S.; Guarinello, A. C.; Massi, G. (2012). O ponto de vista de pais e professores a respeito das interações linguísticas de crianças surdas. Marília: *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 18, n. 1, p. 17-32.

Vigotski, L. S. (1989). Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM ESCOLA PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SAMARA AZEVEDO ESTEVES

MIRIA BENINCASA GOMES

Resumo

O acompanhamento terapêutico eclodiu no contexto de clínica com psicóticos, a fim de propiciar maior autonomia entre os pacientes. Com o passar do tempo esta concepção foi se expandindo para áreas diversas, setor judiciário, clínica de rua, envelhecimento e escolar, onde funciona como agenciador em forma de acolher e fazer parceria com o educador. Este trabalho foi desenvolvido em uma Escola Municipal na cidade de Diadema – SP e foi realizado com sete crianças, (cinco meninas e dois meninos) em idade escolar entre 7 a 9 anos de idade, frequentando 2º e 4º ano do ensino fundamental. As queixas eram: autismo severo, a paralisia cerebral déficit de aprendizagem, linguagem e agressividade. Os recursos adotados foram: a escuta terapêutica exercícios de escrita, contação de histórias, jogos, desenhos, exercícios de coordenação motora, colagem, pintura, exercício de memória, atividades físicas, exercícios de psicomotricidade. Esta experiência mostra o quanto é importante conhecer as queixas e os atores envolvidos para desenvolver projetos específicos para este contexto e estes indivíduos e, desta forma, poder chegar a um resultado que seja satisfatório. Identificou-se a necessidade de reorganização de recursos humanos e físicos para poder efetivar o processo de inclusão.

Palavras chave: Acompanhamento Terapêutico, escola, transtornos de aprendizagem.

INTRODUÇÃO

Para entender o que vem a ser acompanhamento terapêutico (AT), é importante conhecer o significado da palavra. No dicionário acompanhar apresenta diversas definições, dentre elas, o "estar com o outro", "aproximar", "acolher", "ir na mesma direção", "facilitar", em todas estas definições é possível notar o cuidado e o cuidar do outro (Dicionário Informal, 2014).

A ideia de AT se relaciona à noção de dispositivo, desenvolvida por Foucault (1985) e trabalhada por Deleuze (1989). Este termo aponta para algo (uma montagem, um artificio, uma estratégia) que faz funcionar, que aciona um processo de decomposição,

que produz novos acontecimentos, que acentua a polivocidade dos componentes de subjetivação, que transforma os horizontes do real, e do impossível" (Baremblitt, 1992).

Segundo Palombini (2003), dispositivo remete a ideia de rede que se pode estabelecer entre os elementos, portanto, acompanhamento terapêutico evoca a ideia de dispositivo, aquele que põe em movimento e aciona processos do novo, ou ainda função e ferramenta que produz nova organização entre os elementos.

Como já mencionado pode-se dizer que o acompanhamento terapêutico, sempre existiu na história até os tempos atuais, se for levado em consideração o termo acompanhar atrelado ao cuidar (Piccinini, 2006). Dessa forma, no ambiente escolar, partindo da equipe de apoio como os funcionários da limpeza, da cozinha, os professores, diretores, coordenadores, psicólogos, ou seja, toda a comunidade escolar são educadores e cuidadores de algum modo, cada um tem sua especificidade e importância no trato com o cuidar, propiciando bem estar ao outro. O acompanhamento terapêutico, todavia, eclodiu a princípio no contexto de clínica com psicóticos, a fim de propiciar maior autonomia entre os pacientes. Com o passar do tempo esta concepção foi se expandindo para áreas diversas, setor judiciário, clínica de rua, envelhecimento, escolar e até com as doulas acompanhando a gestante em todo seu trajeto até o parto e pós-parto, enfim são diversos olhares e discussões ao redor do acompanhamento terapêutico.

OBJETIVO

Relatar experiências vivenciadas como acompanhante e mediadora de crianças do ensino fundamental situado à rede publica de ensino, encaminhadas pelo CAIS (Centro de atenção à inclusão social), a fim de incluí-las e alfabetizá-las no ambiente escolar.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O presente trabalho foi desenvolvido em uma Escola Municipal na cidade de Diadema – SP. As intervenções ocorriam em salas facilitadoras que dispunham de estímulos diversos, sala de jogos, sala de computação e mídia, biblioteca, brinquedoteca, quadra externa e sala de aula.

Foram encaminhadas sete crianças, sendo cinco meninas e dois meninos em idade escolar entre 7 a 9 anos de idade. Entre as meninas, três estavam na 4º série do ensino

fundamental (período matutino) e chegaram com queixas distintas: uma apresentava autismo severo, a segunda com paralisia cerebral e a terceira com déficit de aprendizagem e linguagem. As 3 crianças da 2º série do ensino fundamental vespertino, por sua vez, 2 meninas e 1 menino com idade entre 7 e 8 anos de idade, chegaram com a mesma queixa de déficit de aprendizagem. E o outro menino 8 anos da mesma série apresentava comportamento agressivo e não tinha encaminhamento do CAIS.

O CAIS (Centro de atenção à inclusão social) provia a promoção de serviços de itinerância, composta por profissionais formados em pedagogia, com habilitação nas diversas áreas de deficiência, propiciava salas de apoio e recurso, serviço de atendimento a comunidade, SAMPE – (serviço de adaptação de material pedagógico específico) e serviço de formação permanente. Contudo não havia nenhum psicólogo no recinto. Fazia a intermediação entre escola, família, profissionais de diversas áreas da saúde, ligadas aos déficits diagnosticados nas crianças e aos acompanhantes destas crianças em sala de aula.

Através de um Edital de chamamento para atribuir a função de estágio em acompanhante de sala, estes eram distribuídos por regiões de acordo com a pontuação obtida na prova e distribuídos entre escolas e creches do município de Diadema, a fim de auxiliar e apoiar o professor na mediação e alfabetização com crianças inclusivas.

O trabalho conjunto com as itinerantes se dava semanalmente, através de reuniões que possibilitava a troca de informação no acompanhamento dos casos, além das reuniões, prestava-se relatório mensal do desenvolvimento destas crianças e os recursos utilizados.

Como recursos adotados, foram utilizados em todos os casos, a escuta

terapêutica, instigando, exercício de escrita bastão e cursiva, contação de histórias, jogos, desenhos, exercícios de coordenação motora, colagem, pintura, exercício de memória, atividades físicas, exercícios de psicomotricidade.

Durante as atividades, recorria-se à escuta terapêutica sempre que algum conteúdo emergisse. Na sala de aula, com as crianças do segundo ano, eram feitas leituras frequentes, exercitava-se a escrita bastão e cursiva, utilizava-se de materiais concretos como o material dourado e abstrato através da contação de histórias, muitas dessas histórias envolviam musicas, outro recurso muito eficaz. As crianças eram estimuladas com atividades de coordenação motora fina em forma de desenhos pontilhados, com movimentos de formas diversas, o pintar dentro de espaços delimitados,

propiciando maior percepção e noção de espaço, o corte e cola de figuras diversas estimulando a motricidade, letras do alfabeto que diariamente as crianças verbalizavam e procuravam no texto para maior fixação e significação, numerais, letras móveis, silabário e jogos de tabuleiro.

Com as crianças da 4º série, focava-se em atividades de coordenação motora grossa e fina. Para melhor desenvolvimento da primeira, os recursos utilizados eram correr, descer e subir escadas alongar-se. Para a coordenação motora fina as crianças eram estimuladas a desenhar, pintar corte e cola, principalmente para o estudante que apresentava paralisia cerebral, pois suas habilidades de motricidade eram limitadas quando comparadas àquelas apresentadas pelas demais crianças. Com a criança do espectro autista as atividades aplicadas voltavam-se a memorização, jogos de estratégias, lógica, demarcação de espaço, estimulação com cores, texturas, sons, letras móveis, silabário, associação com a oralização. Com a criança que foi encaminhada por déficit de aprendizagem e linguagem, recorria-se à sala de jogos, exercícios vocálicos e atividades que envolviam oralização, pois esta apresentava certa inibição no trato social.

Mensalmente era realizado um relatório de cada criança indicando a rotina de atividades e resultados alcançados. Neste relatório incluía-se o patamar de alfabetização da criança, os recursos utilizados com cada uma delas, comportamentos observados, hipóteses sobre possíveis benefícios com as atividades desenvolvidas.

ALGUNS RESULTADOS PONTUAIS

Observou-se que a 2° série do ensino fundamental obteve melhora significativa, esta melhora, inclusive, gerou duvidas sobre o diagnóstico de encaminhamento de um estudante de oito anos. Esta criança passou pelo acompanhamento terapêutico por três meses depois de ter sido encaminhado por dificuldade de aprendizagem. Mãe e professora enfatizavam que o aluno “era repetente do mesmo ano” e que “não permanecia com foco”, era “muito disperso”. Estas falas eram frequentes e na presença da criança. Uma das atividades da acompanhante terapêutica com a professora e a mãe foi o incentivo a reduzir estes episódios, quanto à atividade de escrita desenvolvida pela professora em sala de aula, observou-se, após intervenções focadas da acompanhante terapêutica, visível aumento da habilidade deste estudante com a letra cursiva e maior dificuldade com a letra bastão, apesar de aquela exigir maior coordenação motora fina. Durante a escrita bastão, ele ainda espelhava letras.

Nesta mesma turma da 2º série do ensino fundamental, outro menino oito anos, apresentava comportamento agressivo e auto lesivo, movia a sala de tal modo que a professora não prosseguia a matéria a ser ensinada, diariamente a professora parava a aula e chamava a atenção da criança e o encaminhava aos cuidados da diretora da escola, contudo não havia encaminhamento do CAIS (Centro de atenção à inclusão social), pois seu rendimento escolar "era o esperado", independente do comportamento apresentado. Antes da acompanhante terapêutica se aproximar desta criança, o observou em diversos momentos, em sala, no recreio e foi percebido que esta criança possuía dificuldades significativas de relacionar-se com as demais crianças, fantasiava a todo o momento, isolava-se, simulava lutas no plano do simbólico que perpassava o real, sua fala era autoritária e agressiva, introduzia pontas de lápis em seu próprio ouvido e no ouvido dos colegas de classe, mordia-se, arranhava-se até sair à pele e suas vestes estavam sempre sujas e rasgadas. Aos poucos a profissional foi se aproximando, reforçando suas qualidades e habilidades e dentro de pouco tempo já foi visualizado, pela equipe pedagógica, mudanças de comportamento, tais como: sorrir com mais frequência, maior proximidade com outras crianças, com a professora e com a acompanhante terapêutica e envolvimento em todas as atividades propostas.

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

São diversos os benefícios e desafios em se ter acompanhamento terapêutico na escola, pois é um trabalho realizado em equipe, que permite ação e estratégias e prevê utilização de recursos clínicos e educacionais dentro da instituição. (Vicentin, 2007) nos apresenta diretrizes significativas em seu artigo *e* descreve que o acompanhamento terapêutico foi gerando conceitos a partir da pratica, da vivencia dos profissionais. Estes, com sua rotina de planejar e acompanhar, formular projetos individuais e institucionais, estabelecer modelos de interação com as mais diversas equipes de trabalho, desenvolveram um arcabouço de modelos de intervenções, ações e de atividades que aperfeiçoam a experiência do acompanhante terapêutico que busca trabalhar na perspectiva e no espirito da intervenção institucional. (Vicentin, 2007), Com base nesta experiência de Vicentin (2007), que é confirmada por esta experiência apresentada, é possível reconhecer que um trabalho em rede que possibilite conhecer a dimensão social e a experiência vai ao encontro para a autonomia.

Esta experiência mostra o quanto é importante conhecer as queixas e os atores envolvidos para desenvolver projetos específicos para este contexto e estes indivíduos e, desta forma, poder chegar a um resultado que seja satisfatório. A literatura confirma estas hipóteses afirmando que a partir da demanda é que se chega ao que fazer e como fazer e para que fazer (Palombini, 2003). “É preciso que conheçamos de onde provém e quais são as condições de emergência de nossas práticas para podermos desconstrui-las, reinventando novos fazeres, nossa clínica” (Palombini, 2003).

O acompanhamento terapêutico (AT) vai ao território, vivencia as relações, se apropria da fala perturbada e confusa que transita e se expressa no comportamento da criança, e que chega como manifesto, e a partir da mediação, como é possível perceber em ambos os casos apresentados, evoca o latente num movimento, ou seja, em vez de fazer a criança adaptar-se ao meio, propicia recursos favoráveis e facilitadores que lhe atendam, ou que adapte-se a suas necessidades e não o inverso. Alguns teóricos como Mauer e Resnizky (2009) abordam a expansão territorial do acompanhamento terapêutico como prática clínica nos mais diversos lugares. Os autores descrevem a busca pelo lugar da profissão do acompanhante na sociedade contemporânea como legítimo e protegido pela lei. Acrescentam a necessidade de buscar um lugar dentro da academia, com respaldo teórico, para sustentar a prática do AT e, através da escrita científica, poder transmitir a experiência como produção de sentido. Mauer e Resnizky (2009) redefinem a relação da clínica, do acompanhamento terapêutico e do paciente.

Nos casos apresentados foi possível perceber o aumento da exposição verbal, evolução e transformação em seus comportamentos diários de rotina, o que antes era inibição e transtorno diagnosticado e fechado, se mostra desenvolvimento normal e natural, e que conflitos devem ser encarados, em forma de atenção e mostrando importância e não mascarando ou medicalizando, a fim de calar a dor e esconder a identidade desta criança que sofre. Ela é sempre protagonista da ação e é esta ideia que deve chegar à criança, deve ser mantida e apresentada de forma que a acolha e não que gere afastamento, conforme foi verificado por Rabêllo (2011) é possível protagonizar na escola, no centro de saúde, em grupos organizados da comunidade trocando aprendizados, construindo novos saberes, democratizando informações, construindo estratégias, desenvolvendo ações em parceria. A própria questão do fracasso escolar pode ser manejada com resultados melhores se forem inseridos dispositivos sociais e recursos comunitários adequados para a valorização da criança, sua autonomia e seu empoderamento (Fernandes, 1991).

A escuta realizada com as crianças apresentadas, ainda permitiu aliviar e elaborar suas angustias e, com o decorrer do tempo, observou-se aumento significativo na relação desta criança com suas figuras parentais, com a professora e colegas de classe e com a acompanhante terapêutica, mostrando assim, maior eficácia com este dispositivo, que vem sido estudado por tantos autores (Fernandes, 1991; Demo, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta experiência chegou como mais uma comprovação de que nosso ensino, de fato esta defasado não só em recursos financeiros e estruturas de qualidade, como em profissionais que não se adaptam a novos conhecimentos, que estão na rede há anos e tem muita dificuldade de trabalhar em conjunto com outros profissionais, com outros saberes e outras práticas.

Por outro lado, os diagnósticos imprecisos e, frequentemente incorretos, geram grandes prejuízos como elaboração de estratégias terapêuticas vinculadas a diagnósticos errados, medicalização desnecessária. Situações como estas, frequentemente, dificultam o envolvimento destas crianças com atividades que deveriam fazer parte de sua rotina como: brincar, criar, descobrir, correr, dançar, etc.

O uso desacerbado da medicalização em crianças, para minimizar certos sintomas, tem sido cada dia mais comum.

> E é com grande surpresa e preocupação que constatamos, a partir do ano 2000, o retorno das explicações organicistas centradas em distúrbios e transtornos no campo da educação para explicar dificuldades de crianças na escolarização. (CFP, 2013).

A experiência relatada mostra a falta de recursos humanos e recursos físicos apropriados, recursos humanos qualificados e capacitados agiriam como facilitadores para que estas crianças possam falar sobre o que querem, sentem, anseiam, desejam, esperam etc. Os recursos físicos promoveriam espaços reforçadores como sala de recursos para atender a demanda. A existência destes dois recursos permitiria que cada criança fosse vista e atendida integralmente em local apropriado, podendo gerar resultados mais significativo para estas crianças.

Segundo Mautner (1993) e a Associação Brasileira de candidatos das sociedades e grupos de estudos psicanalíticos ligados a I.P.A. (International Psychoanalytical

Association) no livro, em busca do feminino, ensaios psicanalíticos, refere-se à Winnicott quando este postula, que o ambiente facilitador ao estudar o desenvolvimento do eu, onde não importa muito que seja um objeto, mas (é tido como) em ambiente que cuida da criança, ambiente este mais os menos indiferenciado, a tal ponto que a criança o toma como parte de si própria, como o seu prolongamento, ou seja, uma possível extensão.

O atendimento às demandas parentais também é bastante precário. Um bom apoio familiar tende a gerar resultados mais satisfatórios na vida emocional da criança.

Para Winnicott (1985) “Quando os pais não são capazes de dar o que é necessário, os professores ou a própria escola podem, frequentemente fazer bastante para cobrir esta deficiência (...)” (p. 247). Isso não quer dizer que os pais devem ser negligentes a ponto de não educarem seus filhos, mas ao que parece, os pais de crianças diagnosticadas com déficits ou síndromes, acabam por sua vez, não encarando a realidade, que vai além de um diagnóstico, afastam-se de seus filhos ou o sufocam não deixando a criança dizer o que sente e o que se passa com ela, gerando assim um afastamento de ambas as partes que acarreta em sofrimento e dor.

As avaliações realizadas revelaram em todas as crianças acompanhadas sinais de desamparo ou pela família ou pela escola, sendo os conflitos familiares mais frequentes. Frente a esta realidade, para evitar danos emocionais, cognitivos e uma possível inibição, acarretando em baixo rendimento escolar, é necessário implementar medidas que facilite e explore de maneira benéfica o desenvolvimento destas crianças. A postura de um acompanhamento terapêutico no âmbito escolar, não só com foco na aprendizagem com as crianças, como direcionando o foco aos profissionais, num movimento de escuta individual e aulas livres, portanto seria outra proposta a se pensar para uma melhor qualidade no ensino – aprendizagem integralizada e não apenas inclusivo.

REFERÊNCIAS:

Baremblitt, Gregorio. 1992. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. < ACESSO EM 08/11/2014> https://docs.google.com/document/d/1NlkqwUXFNLQmkJXtBavFzUYC2zkG1HAwwGa5eRWJQgQ/edit?hl=pt_BR&authkey=CJmiuL0M

CFP – Conselho Federal de Psicologia. (2013). Subsídios para a campanha, não a medicalização da vida, medicalização da educação.2013. Disponível em: *http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf*

Demo, P. (2007). *Equívocos da educação*. Disponível em: http://pedrodemo.blog.uol.com.br/ <ACESSO EM 09/11/2014> Dicionário Informal. Disponível em: http://www.dicionarioinformal.com.br/acompanhar/<ACESSO EM 08/11/2014>

Fernández, A. (1991). A Inteligência Aprisionada. Porto Alegre, Artes Médicas. 2°edição. <ACESSO EM 09/11/2014> http://www.jornaldacidadeonline.com.br/leitura_artigo.aspx?art=5945

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. v. 1.

Mauer, S.K & Resnizky, S. (2009). *Territórios do Acompanhamento Terapêutico, P.206,* Buenos Aires: Letra Viva.

Mautner, A.V. (1993). *Em busca do feminino*: ensaios psicanalíticos; organização Associação Brasileira de candidatos das sociedades e grupos de estudos psicanalíticos ligados a I.P.A – São Paulo: Casa do Psicólogo. Disponível em http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=OKRrPJW7AqMC&oi=fnd&pg=PA1&dq=cita%C3%A7%C3%B5es+sobre+ambiente+facilitador&ots=vbLqSYm1wg&sig=6ji3eqMF3qV5Lzk6feePltJ_3uA#v=onepage&q&f=false< ACESSO EM 09/11/2014).

Palombini, A. L. (2003). Das mãos de Deus aos avatares da ciência: o estigma da diferença. In Psicologia e educação: *multiversos sentidos, olhares e experiências p.120.* Porto Alegre: Editora UFRGS < ACESSO EM 08/11/2014)> https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10191/000596452.pdf?sequence=1

Piccinini, W.J. (2006). História da Psiquiatria, *O acompanhante terapêutico,* Vol.11, N° 1 Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano06/wal0106.php

Rabêllo, M.E.D.L. (2011). *O que é protagonismo juvenil?* Disponível em http://www.cedeca.org.br/conteudo/noticia/arquivo/39da691a-fd4e- d119-3dae60914b0999ae.pdf <ACESSO EM 09/11/2014>

Vicentin, M. C. G. (2007). Transversalizando saúde e educação: quando a Loucura vai à escola. Em A. Marcondes, A. Fernandes & M. Rocha, *Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação* (p. 167-184). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D. W. (1985). A criança e o seu mundo. 6 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA OU PARTO HUMANIZADO: QUAL A REALIDADE BRASILEIRA?

MÔNICA TELES BARBOSA

THAÍS GUERRA BARBOSA DA SILVA

MIRIA BENINCASA GOMES

Resumo

A política Humaniza-SUS 4, criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destina-se a assegurar à mãe e ao bebê assistência humanizada durante o trabalho de parto, parto e pós parto visando a redução da morbidade e mortalidade materna e/ou neonatal. O objetivo do presente estudo foi investigar na literatura disponível como se encontra o processo de humanização do parto e do nascimento no Brasil. MÉTODO. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO e em documentos oficiais do Ministério da Saúde utilizando-se combinações e variações dos descritores: "parto", "humanização" e "violência obstétrica". RESULTADOS e DISCUSSÃO. A literatura mostra que a prática de um parto humanizado nos serviços de saúde no Brasil ainda é utópica quando comparadas às determinações da OMS. Verifica-se esta afirmação através dos seguintes índices: 52% de cesarianas, sendo 15% o índice recomendado pela OMS; 25% das mulheres relataram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica como exames de toque doloroso (10%), auxílio para o alívio da dor negado (10%), gritos e insultos de profissionais (9%), atendimentos negados (8%) e humilhações e xingamentos (7%). Percebe-se que há muito a ser feito para um tratamento próximo ao preconizado pelos órgãos oficiais de saúde.

Palavras-chave: "violência obstétrica"; "parto"; "mulher"; "mãe" e "maternidade".

INTRODUÇÃO

O papel do nascimento sempre despertou na cultura humana um envolvimento existente tanto com o corpo quanto com a mente. Principalmente para a mulher, que a partir deste momento transformador, será a protagonista da gravidez, do nascimento e consequentemente a principal responsável por todo o vínculo e apego estabelecidos ao longo dos anos da criança. O nascimento é um momento único repleto de emoções e fortes sentimentos. A experiência do parto ficará marcada firmemente na memória e, desta forma, todos os que se tornaram colaboradores na assistência e nos cuidados ofertados a

mulher, desde o pré-natal até o momento do parto. É necessário, portanto, que se propicie uma atmosfera de carinho, cuidado e humanismo. Sabe-se que o ato de parir embora seja um processo biológico, também afeta a relação entre marido e mulher envolvendo as famílias em geral, entendendo-se como uma questão social. (Pontes & Lima, 2012)

No decorrer dos anos, os interesses e as práticas médicas evoluíram dando maior prioridade para as estruturas internas do organismo devido ao avanço da tecnologia com finalidade de descobrir doenças. Desta forma, a subjetividade do ser humano foi tornando-se cada vez menos importante. Surge uma concepção biologicista linear de simples causa e efeito. A sociedade e sua estrutura apontam para os avanços do processo de saúde e doença. Através de fatores culturais e práticas sociais, compreendem-se as escolhas e modos de vida. (Batistella, 2004)

Na maioria dos países ocidentais e com consequência também no Brasil, existe um modelo de assistência obstétrica e neonatal, denominado como modelo médico, que é caracterizado por encarar a saúde como problema, ou seja, com a concepção de que a vida é cheia de riscos e está em constante perigo na maioria das vezes. Desta forma, o nascimento não seria encarado de forma diferente. O parto, portanto, também é visto pela sociedade como um problema médico e, culturalmente, todas as gestações são consideradas de forma patológica, até que se prove o contrário, devendo ser atendidas em um hospital como uma doença. (Strujak, 2012)

Ao longo da história humana o parto deixou de ser visto como algo fisiológico e natural. A mulher suprimiu sua atuação como protagonista responsável pelo seu próprio corpo devido uma visão social da contemporaneidade. A mulher deve ser conduzida com dignidade, liberdade e profundo respeito para decidir a forma com que deseja parir, onde ela aceite de livre escolha, uma companhia que considere especial para seu bem-estar, enfatizando a importância de sua história de vida, suas relações afetivas, econômicas e sociais, entendendo que essa companhia é uma parte essencial no processo. Este cuidado é necessário porque o ambiente em que se estabelece o momento do parto tem profunda influência sobre a forma com que ele ocorre ou se desenvolve, evidenciando a importância da forma de nascer sem violência (Mamede, Almeida, & Clapis, 2004).

A hostilidade presente em um local onde há rotinas rígidas e fixas, onde a mulher não tem escolhas e alternativas para expressar livremente suas necessidades, angústias e sentimentos que naturalmente estão presentes em um momento único como o parto, não poderão ser um bom ambiente para o nascimento. A presença de pessoas conhecidas como a família e o companheiro deve ser incentivada, pois, faz com que a

mulher se sinta acolhida, segura e protegida. Conforme é preconizado no Humaniza SUS (Andrade & Lima, 2003).

A gravidez deveria ser tratada como expressão de saúde, e o nascimento como um processo fisiológico natural. O que ocorre atualmente é uma contraposição desta ideia, pois, faz-se uso de intervenções desnecessárias, sem embasamento científico. Procedimentos tecnológicos são cada vez mais utilizados em um ambiente próprio para o tratamento de doenças. Esta situação não favorece a ocorrência do parto de acordo com suas características normais, com resultados naturais e satisfatórios tanto para mãe como para o bebê. Este modelo médico prevalecente na sociedade sugere que o corpo feminino é uma máquina defeituosa, necessitando de correções e intervenções. Convencendo a mulher de que seu corpo tem falhas e é incapaz de parir, a possibilidade da inserção de tecnologia para compensar as imperfeições é vista por essa mesma mulher, como a salvação. (Diniz, 2009) Na grande maioria dos partos ainda é adotada a filosofia do “melhor não arriscar”, com a ideia de possibilitar segurança, sendo apenas em poucas, se não, raras ocasiões acontecerem prováveis complicações que justifique a utilização de intervenções. Muitas técnicas que são frequentemente utilizadas na assistência obstétrica, não possuem a validação atualmente comprovada. Práticas rotineiras já desconsideradas cientificamente por evidências de trabalhos atuais são ainda aplicadas, o que caracteriza como sendo violência à paciente submetida. (Strujak, 2012).

Objetivo

Os objetivos do presente estudo foram investigar na literatura disponível como se encontra o processo de humanização do parto e do nascimento no Brasil e verificar a proximidade desta realidade ao que é preconizado pelos órgãos oficiais, ou seja, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério Público.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, Biblioteca Cochrane e em documentos oficiais do Ministério da Saúde. Para esta investigação utilizou-se os seguintes descritores: “parto humanizado”, “humanização do parto” e “violência obstétrica”. Alem disso, realizaram-se as combinações: “parto” and “humanizado”, “parto” and “humanização”, “parto” and “violencia”.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A investigação da literatura mostrou que, frequentemente, durante o trabalho de parto, as práticas não são conduzidas como preconizado pelo Ministério da Saúde ou pela World Health Organization – WHO (1996). Relatos encontrados na literatura e constantemente publicados pela mídia, em geral, indicam que, além da privação de um parto humanizado, uma entre quatro mulheres, sofre violência obstétrica (Venturi & Bokany, 2010).

Baseado em pesquisas, (25%) sofreram algum tipo de violência no processo de parto, por exemplo, exames de toque doloroso (10%), auxílio para o alívio da dor negado (10%), gritos e insultos de profissionais (9%), atendimentos negados (8%) e humilhações e xingamentos (7%) (Strujak, 2012).

Além da violência física que ocorre no setor da obstetrícia, que vitimiza mulheres continuamente, constata-se na literatura um tipo de violência mais velada, que envolve o processo do parto: a violência verbal, que, apesar de não deixar marcas no corpo, imprime seus efeitos negativos, vitimizando através do sofrimento e solidão. As gestantes tratadas com indiferença, que frequentemente recebem ordens, agressões verbais chegando às ofensas em alguns casos, por xingamentos de profissionais, muitas vezes, despreparados e engessados nas rotinas hospitalares. Comumente as mulheres são proibidas de expressarem sua dor e sua vulnerabilidade. O contexto hospitalar, nesta condição, pode suscitar angústia e um processo de grande ansiedade, prejudicando o bem-estar dessas mulheres, não descartando lembranças de um momento negativo no futuro, que estará presente em sua subjetividade marcada por toda a vida. (Strujak, 2012) No processo gestacional, a mulher pode ser vitima de outros tipos de violência, como a negligência no atendimento, discriminação social, de gênero, raça e até abuso sexual, na assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. (Aguiar & D'Oliveira, 2011).

Existe um imenso despreparo por conta dos agentes de saúde e todas as pessoas encarregadas de oferecer acolhimento e respeito em um momento de vulnerabilidade que se caracteriza o parto. Muitas mulheres sentem-se agredidas, desrespeitadas e violentadas por pessoas que deveriam prestar assistência e cuidados em um momento de extrema complexidade. (Ciello, Carvalho, Delage, Werner & Santos, 2012)

Os tipos de violência obstétrica mais frequentemente encontrados na literatura atual são:

a) Falta de informação

Para a grande maioria das mulheres, não são fornecidas informações necessárias sobre os benefícios do parto vaginal, identificados pelos altos índices de cesariana no Brasil, 52%, sendo 15% o índice recomendado pela OMS. Intervenções, hoje aplicadas como procedimentos rotineiros, necessitam de evidências científicas e podem provocar efeitos colaterais (Andrade, & Lima, 2003).

b) Privação de acompanhante

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, conforme lei 11.108 de 2005 é frequentemente negado, desmerecendo o direito de muitos pais de acompanhar e participar do nascimento de seus filhos. Esta prática tem como objetivo, oferecer acolhimento e segurança à mãe em um momento de vulnerabilidade. Um extenso trabalho de pesquisa em vários países indicou como consequência positiva a permanência de um acompanhante (quando solicitado pela mulher) no momento do parto, associado a uma menor solicitação de anestesia para alívio da dor, menor acesso à cirurgia cesárea ou de partos operatórios, nos primeiros 5 minutos; menor risco de Apgar abaixo de 7; relato pela mulher de uma experiência mais satisfatória, menos trauma perineal, maior facilidade no processo de amamentação, contínuo bem-estar na maternagem e no pós-parto, entre outros. (Ciello et al., 2012)

c) Ausência de líquido e alimento

São negados às mulheres, não raras vezes, o direito de ingerir líquido. Encontrou-se na literatura relatos de mulheres que permaneceram até 12hs sem ingerir líquido, devido ao receio de aspiração do conteúdo do estômago durante o processo de anestesia geral, é comum deixar a parturiente sem nenhum tipo de comida ou bebida durante o trabalho de parto. Porém este é um procedimento hospitalar também é adotado no parto normal, onde não ocorre incidência de anestesia geral. A diferença é que no parto normal humanizado, a recomendação é a ingestão de alimentos leves e fluidos durante o processo que aguarda a chegada do bebê, portanto pressupõem a necessidade de manter uma hidratação e um suporte calórico e uma dieta adequada à mulher durante o parto (sendo respeitadas suas particularidades). Essa permissão se faz necessária, pois a mulher precisa manter elevados níveis de hidratação. (Andrade & Lima, 2003)

d) Privação do contato com o bebê

O contato de pele a pele mãe e bebe imediatamente após o nascimento por vezes é dificultado, se não, negado pela equipe sem causa médica justificada. Desta forma, não se faz permitido o aleitamento assim que o bebê nasce. (Guerra, 2008)

e) Excesso de intervenções

Opções menos intervencionistas para o alívio da dor como a participação de uma doula não são incentivados, optando-se por práticas intervencionistas que alteram o processo natural do parto visando maior agilidade, sem o consentimento da mulher (Andrade & Lima, 2003).

f) Posição Ginecológica

A indicação de buscar a melhor posição para a mulher durante o trabalho de parto não é fornecida, aumentando o desconforto durante este momento, possibilitando praticidade ao médico, permanecendo a gestante na posição litotômica (ginecológica). A mulher ainda é obrigada a permanecer deitada, esta posição com as pernas elevadas, durante o momento do parto. Mesmo havendo recomendações para potencializar a expulsão do bebê com a possível realização do parto na posição vertical. Tornando essa posição, uma prática médica, como forma de negligenciar os cuidados da mulher (Guerra, 2008).

h) Episiotomia

A episiotomia trata-se de uma incisão realizada no períneo (área muscular entre a vagina e o ânus), com o objetivo de facilitar a passagem do bebê no momento expulsivo do parto. Hoje a episiotomia é a intervenção no parto normal, mais utilizada no mundo, considerado como procedimento de rotina por muitos médicos. Entretanto em 2003, o Ministério da Saúde reelaborou os conceitos, práticas e condutas na assistência ao parto divulgando que a prática da episiotomia é claramente prejudicial para a mulher e em alguns casos realizada sem anestesia. Diante do fato, foi encontrado na literatura entre os riscos e prejuízos do procedimento, o agravamento na perda sanguínea, incontinência urinária, piora da função sexual que enfatiza uma violência sobre os direitos reprodutivos da mulher, e aumento dos índices de infecção, entre outros. (Salge, Lôbo, Siqueira, Silva & Guimarães, 2012). Os índices desta prática no Brasil contrariam aos preconizados pela OMS, que indica uma escolha criteriosa e fundamentada.

i) Enema

Em muitas maternidades, ainda é observado, no início do trabalho de parto, a prática do enema evacuante de rotina, com a argumentação de que traria benefícios, como: rapidez no trabalho de parto, menor contaminação do períneo e consequentemente infecção da mulher e do bebê. Entretanto, pesquisas realizadas comprovam que uso do enema não diminui o índice de infecções para as parturientes nem para os bebês. Em publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o enema é classificado como uma

prática claramente danosa ou ineficaz que deveria ser evitada (OMS, 1996). É relevante que a mulher seja informada desses resultados e possa decidir pela realização ou não do enema.

l) Tricotomia

É comum a prática da tricotomia, realizado com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura em caso de laceração ou episiotomia. Porém algumas mulheres não se sentem a vontade com esse tipo de procedimento e relatam desconforto durante o período de crescimento dos pelos. A conclusão baseada em pesquisas refere-se não haver evidências que fundamentam o uso rotineiro da tricotomia no parto e, tendo em vista o potencial de complicações, os autores sugerem que ela não faça parte das rotinas (Ciello et al., 2012).

m) Aceleração do parto

Em partos normais, frequentemente é acelerado o processo de parto com o uso de medicamentos drogas (ocitocina) e com técnicas de aceleração do processo sem o consentimento expressado pela mulher, o que é caracterizado como violência. (Guerra, 2008)

n) Amnitomia (rotura prematura das membranas)

Ocorre em alguns partos a intervenções da equipe de saúde com o uso da amnitomia, que significa; romper a bolsa com o líquido amniótico, realizado em mulheres que ainda não estão em trabalho de parto propriamente, apenas com contrações e mínima dilatação cervical, tendo em vista o objetivo de acelerar um processo que deveria ser fisiológico. Tais procedimentos, consequentemente levam a uma “precipitação do parto”, logo é administrado a ocitocina, medicamento utilizado para acelerar o trabalho de parto. Ocasionando nascimento de bebês prematuros. (Diniz, 2009)

o) Formas para alívio para a dor negado

A deambulação durante todo o processo realizado como mais uma opção permite que a mulher tenha alívio na dor. Proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia (Mamede, Almeida, & Clapis, 2004).

p) Manobra de kristeller

Verificou-se que os prejuízos deste procedimento são conhecidos e a existência de outros procedimentos, obtendo-se os mesmo resultados, se não melhores. Além do grande desconforto da parturiente neste procedimento, entre os prejuízos estão: traumas das vísceras abdominais, do útero e descolamento da placenta. (Ciello et al, 2012)

q) Nitrato de prata

Faz parte do protocolo nacional de procedimentos neonatais e, na grande maioria dos casos, o agente causador de uma conjuntivite química e pode levar à cegueira. Sua função é tratar/prevenir infecções causadas por bactérias (gonorreia e clamídia) transmitidas durante o parto vaginal. As mulheres que durante o pré-natal não identificaram qualquer destas bactérias em seu organismo, ou foram submetidas a uma cesariana, não correm risco de contaminar o bebê, tornando este procedimento desnecessário. (Netto, & Goedert, 2009)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, J. M. & D'oliveira, A. F. P. L. (2010). Institutional Violence in Public Maternity Hospitals: The Women´s View. Interface - Comunic. Saude, Educ., v.15, n.36, pp.79-91.

Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2003). O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. Brasília – DF: Cadernos HumanizaSUS

Batistella, C. (2004). Saúde, Doença e Cuidado: Complexidade Teórica e Necessidade Histórica. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde). Recuperado em: 25 julho, 2014, de http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=13&arquivo=ver_conteudo_2.

Ciello, C., Carvalho. C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., & Santos, S. K. (2012). Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor". São Paulo: Rede Parto do Princípio. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: ENSP / Fiocruz, 2014. Recuperado em: 8 agosto, 2014, de http://www.ensp.fiocruz.br/nascernobrasil.

Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 19, n. 2, pp. 313-326.

Guerra, G. B. (2008). Editorial Violência Obstétrica. Revista de La Facultad de Medicina, Volumen 31 - Número 1, (5-6)

Mamede, F. V., Almeida, A. M., & Clapis, M. J. (2004). Movimentação/Deambulação no Trabalho de Parto: Uma Revisão. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São

Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Recuperado em 25 agosto, 2014, de https://www.dropbox.com/s/46cmkyqqw9koai6/1580-4189-1-PB.pdf

Netto, A., & Goedert, M. E. (2009). Avaliação da aplicabilidade e do custo da profilaxia da oftalmia neonatal em maternidades da grande Florianópolis. Revista Brasileira de Oftalmologia, Rio de Janeiro, v.68, n.5, out. Recuperado em 08 agosto, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802009000500003&script=sci_arttext.

Pontes, M. G. A., & Lima G. M. B. (2012). Arte de partejar: Quem protagoniza a cena? Revista Ciência Saúde. Nov. Esp. – Dez.; v. 10, n. 2

Salge, A.K.M., Lôbo, S.F., Siqueira, K.M., Silva, R.C.R., & Guimarães, J.V. (2012). Prática da Episiotomia e Fatores Maternos e Neonatais Relacionados. Revista Eletrônica de Enfermagem. oct/.dec.; 14(4):779-85. Recuperado em 20 agosto, 2014, de http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a05.htm.

Strujak, L. (2012). Situações de Violência Institucional Vivenciadas por Mulheres em Processo de Parto. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de enfermagem, Assis Gurgacz, Cascavel.

Venturi, G., & Bokany, V. (2010). Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: *Fundação Perseu Abramo / Sesc*. Recuperado em 21 maio, 2014, de http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf

AUTISMO E TEORIA DA MENTE: UM ESTUDO PRELIMINAR DO "ESTADO DA ARTE" [132]

PATRÍCIA LORENA GONÇALVES

SIMONE FERREIRA DA SILVA DOMINGUES

RESUMO

No intuito de delinear a produção intelectual sobre teoria da mente e transtorno do espectro do autismo (TEA), foi realizada uma análise das produções localizadas nos bancos de dados eletrônicos em âmbito nacional. A busca foi realizada em três tipos de bancos de dados diferentes: Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS-Psi), Bireme e Portal Capes. Os documentos foram acessados com a combinação dos seguintes termos de indexação e palavras-chave: 'teoria da mente e autismo'; 'autismo e tarefa de crença falsa'. Foram localizados, no período de 1996 a 2012, vinte e um (21) trabalhos sobre o tema, sendo doze artigos, sete Dissertações e duas Teses.Os principais instrumentos para avaliação da teoria da mente foram: Tarefa de Sally e Anne; Tarefas de 2ª ordem; Tarefas de crença falsa e Teste do caminhão de sorvete. A referida pesquisa concluiu que, nos últimos anos, esse tema começou a ser de interesse dos pesquisadores, no entanto, ainda revela escassez de produção brasileira em torno do assunto. Os resultados desse estudo inferem urgência na realização de novas pesquisas sobre o tema, em virtude do aumento de diagnósticos de transtorno do espectro do autismo no mundo contemporâneo.

Palavras-chave: autismo; teoria da mente; tarefa de crença falsa.

Introdução

O transtorno do espectro do autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que se manifesta precocemente e afeta as habilidades de comunicação, interação social e comportamento. Dentro desta condição existem desde pessoas que não falam e com deficiência intelectual severa, até pessoas que falam muito bem e possuem habilidades inusitadas. (Dourado, 2011).

Muito se tem pesquisado sobre os fatores que desencadeiam o transtorno do espectro do autismo, no entanto, sua etiologia permanece indefinida. (Schwartzman,

[132] pesquisa realizada (PIBIC) da Universidade de Guarulhos, curso de Psicologia, com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

2011). Atualmente, pesquisadores do tema relacionam seus prejuízos centrais, distúrbios na comunicação e linguagem, dificuldades interacionais e presença de um comportamento estereotipado e restrito, às falhas na teoria da mente. (Bosa, 2001)

A teoria da mente, ou como Baron-Cohen (1989) a denomina, *olho da mente*, consiste em esquadrinhar a mente de uma pessoa para captar seus sentimentos e deduzir seus pensamentos. É a capacidade de atribuir ao outro, crenças, desejos e pensamentos, diferentes ou não, das próprias crenças, desejos e pensamentos. Essa habilidade nos permite antecipar as ações alheias, dando-nos instrumentos para ações adequadas ao convívio social. (Domingues, 2006; Domingues & Maluf, 2013; Golleman, 2006).

A primeira vez que pesquisadores investigaram possíveis relações entre o desenvolvimento da teoria da mente e os prejuízos centrais do transtorno do espectro do autismo foi em 1985, por meio de uma pesquisa empírica realizada por Baron-Cohen, Leslie e Frith(1985) intitulada de "*Does theautisticchildhave a* '*theoryofmind'* ?"

Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985), baseados na tarefa de crença falsa de Wimmer e Perner (1983),criaram a tarefa de Sally e Anne para investigar possíveis falhas na atribuição de estados mentais em crianças com transtorno do espectro do autismo.

No Brasil, os estudos sobre teoria da mente têm aumentado consideravelmente desde a segunda metade da década de 90, em especial, pesquisas que utilizam, como instrumento metodológico, tarefas de crença falsa, no intuito de investigar as habilidades de atribuição de crença falsa ao outro. (Domingues, 2007).

Infere-se, portanto, um aumento no interesse de pesquisadores brasileiros a respeito da relação entre o transtorno do espectro do autismo e a teoria da mente, o que justifica a relevância da presente pesquisa.Monitorar a produção intelectual sobre teoria da mente e transtorno do espectro do autismo nos permite avaliar o crescimento dessa área de conhecimento. Segundo Witter(2005), a análise das produções nos permite a visualização no fluxo dos trabalhos publicados, como também a dimensão dessas publicações.

Sob essa perspectiva, essa pesquisa teve como objetivo principal revisar a produção intelectual sobre teoria da mente e transtorno do espectro do autismo em âmbito nacional.

Objetivos e métodos

Objetivou-se delinear o estado da arte ou estado do conhecimento, realizando uma análise das produções localizadas nos bancos de dados eletrônicos em âmbito nacional.

As publicações foram identificadas por meio de um levantamento bibliográfico nos seguintes bancos de dados:

1. portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, www.capes.gov.br), no qual constam teses e dissertações aprovadas nos cursos brasileiros de pós-graduação a partir de 1987;
2. portal da Biblioteca Virtual de Psicologia (BV-PSI, www.bvs-psi.org.br), onde se tem acesso aos periódicos referenciados nas seguintes bases:

- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da Saúde;
- SCIELO - Scientific Electronic Library Online;
- PEPsic – Periódicos Eletrônicos em Psicologia.

3. Bireme – Biblioteca Regional de Medicina. www.bvs.bireme.br.

As combinações: ‘autismo e teoria da mente’; ‘autismo e tarefa de crença falsa’ foram utilizadas como palavras-chave de busca simples em tais bancos de dados.

Levantado o material bibliográfico, fez-se a análise na íntegrados artigos publicados e, no caso das Teses e Dissertações, analisou-se apenas, os resumos encontrados no portal da CAPES.

A análise das produções buscou detectar suas principais características, os elementos presentes mais significativos, as lacunas e ausências, os pesquisadores mais envolvidos com tal temática, dentre outros fatores relevantes. O período analisado foi de 1996 – primeiro estudo brasileiro encontrado, o qual relaciona transtorno do espectro do autismo e teoria da mente - até o ano de 2012.

Resultados

Esse estudo localizou, ao todo, vinte e um (21) trabalhos científicos publicados de 1996 até o ano de 2012 no Brasil a respeito da relação entre transtorno do espectro do autismo e teoria da mente, dentre os quais, doze são artigos publicados em periódicos; sete são Dissertações e duas são Teses.

Foram encontrados doze artigos em periódicos - sendo sete pesquisasteóricas e cinco de base empírica. Entre as Dissertações e Teses foram encontrados nove trabalhos, sendo dois estudos teóricos e sete estudos empíricos.

Quadro geral sobre os artigos publicados

A seguir, apresenta-se um quadro geral a respeito dos artigos, empíricos e teóricos, já publicados. A Tabela 1 apresenta os autores e ano de publicação dos artigos.

Ressalta-se a importância de observar a manutenção pelo interesse dos pesquisadores brasileiros pelo tema em questão, uma vez que entre 1998 e 2004, nos sete primeiros anos em relação aos artigos, sete trabalhos foram publicados, e nos anos subsequentes, de 2005 a 2012, cinco trabalhos publicados.

Tabela 1 – Artigos publicados com indicação de autoria, participantes e procedimentos.

Autores (ano)	**Tipo de Trabalho**				
	Empíricos (N=05)				Teóricos (N=07)
	Nº	Idade	Desenvolvimento	Procedimentos	
Araújo (1998)	-	-	-	-	X
Bosa e Callias (2000)	-	-	-	-	X
Bosa (2001)	-	-	-	-	X
Korbivcher (2001)	-	-	-	-	X
Caixeta e Nitrini (2002)	-	-	-	-	X
Fernandes e Mendes (2002)	9	8/15 a.	6 (autistas e Aspergers) 3 neurotípicos	tarefa Sally e Anne tarefas 2ª ordem	-
Brüne, Bussab e Luz (2004)	19	s/info.	adictos	auto-relato	-
Boddaert, Meresse e Zilbovicius (2006)	-	-	-	-	X
Araújo et al (2009)	6	4/10 a.	autistas	Sessões fonoaudiológicas	-
Bichara e Fiaes (2009)	5	4/9 a.	autistas	registro cursivo	-
Tonelli (2011)	-	-	-	-	X
Amorim e Assumpção (2012)	90	acima de 19 a.	30 neurotípicos / 30 Aspergers e 30 def. intelectuais	Sondagem CM[1] Escala ATA[2] Escala Vineland[3] Aval. Classe social	-
Total de trabalhos: 12					

[1] Inventário de Sondagem do Conceito de Morte.

[2] Escala de Avaliação de Traços Autísticos.
[3] Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland.

Artigos Empíricos

Os objetivos primários dos artigos empíricos localizados nessa metanálise, de uma forma geral, buscaram: verificar a capacidade de atribuir estados mentais das crianças com transtorno do espectro do autismo em relação às crianças com desenvolvimento neurotípico (Fernandes & Mendes, 2002); analisar as habilidades comunicativas verbais e não verbais de crianças com transtorno do espectro do autismo (Amorim e Assumpção Jr., 2012); discutir, com foco na psicologia evolucionista, a relação entre teoria da mente e brincadeiras-de-faz-de-conta em crianças com autismo (Bichara &Fiaes, 2009); verificar se os participantes comAsperger possuem o mesmo conceito de morte observado em pessoas com desenvolvimento neurotípico e deficientes intelectuais (Amorim e Assumpção Jr., 2012) e focalizar instrumentos analíticos conceituais da psicologia evolucionista com vistas à compreensão de distúrbios psiquiátricos como a compulsão e adicção. (Brüne, Bussab & Luz, 2004).

Estudos teóricos

Foram encontrados sete estudos teóricos por meio da realização dessa metanálise. Dos dez autores dos artigos teóricos, seis são médicos (psiquiatras e neurologistas), três psicólogos e uma psicanalista**.**

Com o objetivo de estudar a estruturação da mente no autismo, Araújo (1998)define o termo teoria como um conjunto de inferências sobre estados mentais que se baseiam em crenças. Defende a ideia de que o indivíduo com transtorno do espectro do autismo possui uma interpretação da realidade diferente dos indivíduos com desenvolvimento neurotípico e, como consequência, apresenta peculiar reação aos significados das expressões sociais das outras pessoas.

Bosa e Callias (2000) examinaram as diferentes abordagens no estudo do transtorno do espectro do autismo e destacaram a relevância da necessidade de investigações que relatem tanto os prejuízos, quanto as competências sociais das pessoas com TEA. Com base na abordagem da teoria da mente, que explica os prejuízos do transtorno do espectro do autismo sob a óptica da falta da capacidade de inferir estados mentais pela grande maioria desses indivíduos, as autoras concluíram que as pesquisas internacionais de teoria da mente, aplicadas ao estudo do TEA, propulsionaram um maior conhecimento desse intrigante transtorno.

Outro trabalho de Bosa(2001) objetivou discutir as relações entre o papel do Lobo Frontal e algumas competências cognitivas, como função executiva, teoria da mente e atenção compartilhada, e apontou as implicações destas relações nos comportamentos que caracterizam o transtorno do espectro do autismo. A autora destacou a comprovação, baseada em pesquisas empíricas estrangeiras, da existência de relevantes semelhanças entre pessoas com transtorno do espectro do autismo e pessoas que tiveram lesões no Lobo Frontal.

Uma importante contribuição adveio do estudo de Caixeta e Nitrini (2002) quando se propuseram a estudar a teoria da mente e relacioná-la aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como a esquizofrenia e as psicoses em geral. Os referidos autores refletiram sobre a importância de se delinear os aspectos neurobiológicos desse constructo oriundo dos estudos da psicologia cognitiva. Após discorrerem sobre os aspectos históricos, filogenéticos e ontogenéticos da teoria da mente, Caixeta e Nitrini (2002) concluíram que a compreensão da teoria da mente e a sua incorporação pela área médica, acrescentou relevantes contribuições para o entendimento sobre o núcleo psicopatológico do transtorno do espectro do autismo infantil, como as grandes dificuldades de interação social que acometem esses indivíduos.

A contribuição de Boddaert; Meresse eZilbovicius (2006) reside no fato de as autoras revisarem as principais investigações com exames funcionais e anatômicos de imagem cerebral realizadas em indivíduos com transtorno do espectro do autismo no período de 1996 a 2006. As autoras defendem que o transtorno do espectro do autismo tem desafiado a ciência há mais de quarenta anos e, até agora, não há evidências robustas sobre a sua etiologia. No entanto, já existe um consenso entre seus pesquisadores de que existe uma disfunção cerebral associada ao transtorno do espectro do autismo. (Schwartzman, 2011). As autoras, com base em pesquisas internacionais que utilizaram alta tecnologia em neuroimagem, concluíram que existe uma relevantehipoativação em áreas cerebrais de indivíduos com transtorno do espectro do autismo, principalmente aquelas relacionadas à cognição social, como a amígdala, o giro fusiforme (GF) e as regiões do Lobo Temporal.

Tonelli (2011), com base em evidências científicas sobre os prejuízos da teoria da mente na maioria dos indivíduos com transtorno do espectro do autismo, discorreu sobre a possibilidade de constatação desses déficits em outros transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia e o transtorno bipolar. De acordo com o referido autor, essa dificuldade na teoria da mente explicaria, em parte, os desfechos desfavoráveis em relação ao

empobrecimento das interações sociais e agravamento das alucinações e delírios em indivíduos acometidos por esses transtornos.

Com base nesses resultados, podemos afirmar que o interesse dos pesquisadores brasileiros a respeito da relação entre transtorno do espectro do autismo e teoria da mente tem aumentado, consideravelmente, nos últimos anos. Os artigos apontam para a relevância da compreensão do desenvolvimento da teoria da mente em pacientes com transtorno do espectro do autismo e alguns autores têm relacionado alguns transtornos mentais, como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, aos déficits no desenvolvimento da capacidade de atribuir estados mentais ao outro.

Dissertações e Teses

Para a análise da produção brasileira a respeito da relação entre transtorno do espectro do autismo e teoria da mente foram utilizados os resumos publicados no banco de teses da CAPES.

A tabela 2 apresenta, de forma condensada, os autores das pesquisas e os respectivos anos de publicação; o perfil dos participantes de pesquisa e os procedimentos metodológicos:

Tabela 2. Dissertações e Teses publicadas com indicação de autoria, participantes e procedimentos.

Autores (ano)	**Tipo de Trabalho**				
	Empíricos (N=07)				Teóricos (N=02)
	Nº	Idade	Desenvolvimento	Procedimentos	
Mattos (1996) – Mestrado	s/info.	s/info.	autistas / neurotípicos e def. intelectuais	s/info.	-
Mainieri (2000) – Mestrado	4	Adultos	autistas	tarefa crença falsa e presença de termos mentais.	-
Tarelho (2005) – Mestrado	40	s/info.	20 autistas e 20 neurotípicos	estímulo elétrico no dente / Escala de faces p/dor / Escala de indicadores comportamentais / Obs. de P.A. e F.C.[1].	-
Barros (2008) –	60	8/16 a.	Aspergers e	tarefa de Sally e	-

Mestrado			neurotípicos	Anne / tarefa caminhão de sorvete / Vídeos de curta duração.	
Amorim (2008) – Mestrado	90	acima de 12ª.	30 Aspergers / 30 neurotípicos / 30 Def. intelectuais leve.	Sondagem C.M.[2]/ Escala ATA[3]/ Escala Vineland[4] / Aval. classe social	-
De Leon (2008) – Doutorado	8	s/info.	4 autistas / 4 Aspergers	s/info.	
Faria (2009) – Mestrado	-	-	-	-	X
Lima (2010) – Doutorado	-	-	-	-	X
Fonseca (2011) – Mestrado	s/inf o.	Adulto s	neurotípicos[5]	Análise Propocional do Discurso – Lauren Bardin.	-
Total de trabalhos: 09					

[1] Pressão arterial e Frequência cardíaca.
[2] Inventário de Sondagem do Conceito de Morte.
[3]Escala de Avaliação de Traços Autísticos.
[4]Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland.
[5] Mães de crianças com suspeita de TEA.

A produção nos cursos brasileiros de pós-graduação demonstra, da mesma forma do que foi observado nos artigos publicados, que a relação entre o transtorno do espectro do autismo e a teoria da mente vem se consolidando nos últimos anos.

Discussão e considerações finais

Por meio da realização do delineamento do estado da arte da ciência psicológica em relação ao transtorno do espectro do autismo e a teoria da mente, podemos afirmar que os resultados dessa pesquisa corroboraram com nossa hipótese de base a respeito do aumento do interesse dos psicólogos por tal temática, assim como o aumento da produção científica brasileira relacionada ao tema em questão.

Considerando todo o período estudado, de 1996 a 2012, nos primeiros quatro anos, apenas dois estudos foram publicados, respectivamente, uma tese e um artigo. Já nos últimos cinco anos do período analisado, encontramos dez trabalhos publicados, um total de seis Teses e Dissertações e quatro artigos, o que demonstra o aumento no interesse dos pesquisadores e, consequentemente, um aumento na produção científica.

Apesar de a maioria dos estudos empíricos localizados reconhecer a importância do estudo da teoria da mente em relação ao transtorno do espectro do autismo, apenas cinco, dos doze trabalhos, objetivaram pesquisar déficits de teoria da mente em indivíduos com TEA**:** Fernandes e Mendes (2002)**,** Barros (2008); De Leon (2008); Mattos (1996) e Mainieri (2000)**.**

Para investigação dos déficits de teoria da mente em pacientes com transtorno do espectro do autismo, Fernandes e Mendes (2002)utilizaram tarefas da Sally e Anne e tarefas de 2ª ordem; Barros (2008) utilizou tarefa da Sally e Anne, tarefa do caminhão de sorvete e vídeos de pequena duração; Maineri (2000) utilizou tarefa de crença falsa e presença de termos mentais; Não há informações nos resumos das pesquisas de Mattos (1996)e De Leon (2008) a respeito dos instrumentos de investigação utilizados.

A presente pesquisa constatou que o número de publicações científicas, no Brasil, relacionadas à investigação de possíveis déficits de teoria da mente em participantes de pesquisa com transtorno do espectro do autismo, ainda são relevantemente escassas, embora tenha aumentado ao longo dos últimos vinte anos.

No entanto, das Dissertações e Teses defendidas, apenas a Tese de Amorim (2008) foi publicada em forma de artigo científico na revista Estudos de Psicologia, quatro anos depois de sua defesa: Amorim e Assumpção (2012). Apesar de Witter (1999) afirmar que os cientistas brasileiros, na última década, têm apresentado maior preocupação em dar visibilidade às suas publicações, em relação à nossa pesquisa, esse fato foi contrariamente evidenciado.

A publicação de Teses e Dissertações na forma de artigos científicos contribui, de maneira relevante, para a disseminação dos resultados das pesquisas, à medida que estes, por definição, são mais reduzidos em número de páginas, divulgando os aspectos essenciais dos estudos, o que amplia a possibilidade de um maior número de leitores.

REFERÊNCIAS

Amorim, LCD. (2008). O conceito de morte e a síndrome de Asperger. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

Amorim, LCD e Assumpção Júnior, FB. (2012). O conceito de morte e a síndrome de Asperger. Campinas: Estudos de Psicologia; 29(3): p. 363-370, Jul-Set.

Araújo, CA. (1998). Sobre a estruturação da mente no autismo. São Paulo: Temas em Desenvolvimento; 7(38): p. 14-21.

Araújo, HMM; Campelo, LD; Correia, PIFB; Lima, CN; Lucena, JA; Muniz, LF et al. (2009). Autismo: um estudo de habilidades comunicativas em crianças. Revista Cefac; 11(4): p. 598-606.

Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child' theory of mind: a case of specific developmental delay. Journal of child Pschology and Psychiatry; v. 30: p. 285-297.

Baron-Cohen, S; Leslie, AM. e Frith, U. (1985) Does the autistic child have a theory of mind? Cognition; 21: p. 37–46.

Barros, PS. (2008). Avaliação da empatia em crianças e adolescentes com síndrome de Asperger. [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Bichara, ID e Fiaes, CS. (2009). Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista. Campinas: Estudos de Psicologia; 14(3): p. 231-238.

Boddaert, N; Meresse, I e Zilbovivius, M. (2006). Autismo: neuroimagem. Revista Brasileira de Psiquiatria; 28 (Supl. I), S28.

Bosa, C. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. Psicologia Reflexão e Crítica; 14(2): p. 281-287.

Bosa, C e Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. Psicologia: Reflexão e Crítica; Vol. 13, nº 1, printversion ISSN 0102-7972.

Brüne, M; Bussab, VSR; Luz, F. (2004). Considerações básicas a respeito da psicopatologia evolucionista. Revista de Etologia; Vol. 6, nº 2: p. 119-129.

Caixeta, L; Nitrini, R. (2002). Teoria da mente: uma revisão com enfoque na sua incorporação pela psicologia médica. Psicologia: Reflexão e Crítica; 15(1): p. 105-112.

De Leon, VC. (2008). A compreensão e a produção de enunciados metafóricos em crianças com transtornos globais do desenvolvimento. [Tese de doutorado]. Rio Grande do Sul: Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dourado, F. (2011). Autismo e Cérebro Social: Compreensão e Ação. Fortaleza: Premius.

Domingues, SFS. (2006). Teoria da mente: um procedimento de intervenção aplicado em crianças de 3 a 4 anos. [Tese de doutorado] São Paulo: Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Domingues, SFS ; Maluf, MR.(2013). Atribuição de estados mentais e linguagem: um estudo de intervenção. Psicologia Escolar e Educacional (Impresso); v. 17: p. 249-257-257.

Domingues, SFS; Maluf, MR; Panciera, SDP; Valério, A. (2007). As pesquisas brasileiras sobre teoria da mente: uma revisão de literatura. VIII Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional; ISSN 1981-2566, 26 a 29 de Abril, 17 fls.

Faria, AJN. (2009). Influência da atenção compartilhada no autismo infantil: revisão da literatura. [Dissertação de mestrado] São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Fernandes, FDM; Mendes, ERR. (2002). Teoria da mente: uma comparação entre autistas, portadoras da síndrome de Asperger e crianças normais. São Paulo: Temas em Desenvolvimento; 11(61): p. 25-29, mar.-abr.

Fonseca, PGB. (2011). Entre a casca e o núcleo: a importância de um outro narrador para a estruturação do sujeito falante. [Dissertação de mestrado]. Pernambuco: Psicologia Cognitiva, Universidade Federal do Pernambuco.

Golleman, D. (2006). Inteligência Social: o poder das relações humanas. Rio de Janeiro: Campus.

Korbivcher, CF. (2001). A teoria das transformações e os estados autísticos. Transformações autísticas: uma proposta. Revista Brasileira de Psicanálise; 35 (4): p. 935-958.

Lima, RC. (2010). Autismo como transtorno da memória pragmática: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Mainieri, AG. (2000). A teoria da mente na vida diária de crianças autistas. [Dissertação de mestrado] Rio Grande do Sul: Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Mattos, MIP. (1996). O autismo sob a perspectiva da teoria da mente: na intersecção entre o afeto e a cognição. [Dissertação de mestrado] Rio Grande do Sul: Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Schwartzman, JS. Diagnóstico diferencial psiquiátrico no autismo infantil. In: Schwartzman, JS e Araújo, CA (Org.). (2011). Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon.

Tarelho, LG. (2005). Investigação da percepção dolorosa em indivíduos com autismo de alto funcionamento. 2005. [Dissertação de mestrado]. São Paulo, Psiquiatria, Universidade de São Paulo.

Tonelli, H. (2011). Autismo, teoria da mente e o papel da cegueira mental na compreensão de transtornos psiquiátricos. Psicologia: Reflexão e Críticas; 24(1): p. 126-134.

Wimmer, H; Perner, J. (1983). Belief about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. Cognition;p. 103-128.

Witter, GP. Metaciência e leitura. In: Witter, GP (Org.). (1999). Leitura: textos e pesquisas. Campinas: Alínea.

______ (2005). Metaciência e psicologia. Campinas: Alínea.

A INFLUÊNCIA DAS NARRATIVAS DE HISTÓRIAS NO DESENVOLVIMENTO DA TEORIA DA MENTE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Patrícia Lorena Gonçalves

Simone Ferreira da Silva Domingues

Resumo

A presente pesquisa refere-se a um delineamento experimental em três fases: pré-teste, intervenção e pós-teste e foi baseada no estudo de Gallo-Penna (2011). O objetivo dessa pesquisa foi investigar a influência da linguagem direcionada, baseada em narrativas de histórias infantis, como fator relevante na manifestação da teoria da mente em crianças com transtorno do espectro do autismo. Fizeram parte da pesquisa, um estudante de escola regular e um estudante de escola especial, ambos com transtorno do espectro do autismo e idade cronológica de 10 e 12 anos. Esses participantes foram selecionados por meio de uma prova escrita e uma prova oral, no intuito de avaliar-lhes a alfabetização e a linguagem, respectivamente. A Escala de Tarefas da Teoria da Mente foi aplicada nos participantes antes e depois do procedimento de intervenção. Escolheu-se, para as intervenções, histórias dos Clássicos da Turma da Mônica de Maurício de Souza. Foram realizadas oito sessões de intervenção com a duração média de 30 (trinta) minutos cada, sendo que, em cada uma delas, a acadêmica narrou a história, utilizando linguagem com ênfase nos desejos, pensamentos, intenções e emoções dos personagens. A intervenção proporcionou melhora na atribuição de estados mentais dos dois participantes de pesquisa.

Palavras Chave: Teoria da Mente; Autismo; Crença Falsa, Cognição Social.

Introdução

A primeira descrição científica do termo autismo foi em 1943, quando Dr. Leo Kanner, psiquiatra infantil, de nacionalidade austríaca, publicou o artigo *“Autisticdisturbancesofaffectivecontact”* na revista *NervousChildren*. Nesse artigo, Kanner descreveu 11 crianças com idade de dois anos e quatro meses a 11 anos, sendo oito meninos e três meninas, os quais possuíam um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice, denominando-as de autistas.

No mesmo estudo, outras características foram descritas por Kanner ao observar tais crianças, como sérias dificuldades em adquirir linguagem verbal, dificuldade de interação social e excelente memória em bloco. (Klin, 2006; Schwartzman, 2011).

Segundo Klin (2006) durante os anos 50 e 60 do século passado, houve muita confusão sobre a natureza do autismo e sua etiologia, e a crença mais comum era a de que o transtorno do espectro do autismo (TEA) era causado por mães não emocionalmente responsivas aos seus filhos. Dessa conclusão, surgiu o termo mãe geladeira, amplamente divulgado pelo psicanalista Bruno Bettelheim (1967). Este rótulo, que promoveu muita dor e sofrimento aos pais de autistas, atualmente, está refutado pela maioria da comunidade científica, uma vez que outros filhos de mães de indivíduos com transtorno do espectro do autismo podem ou não possuir tal síndrome. Além do mais, as pesquisas têm avançado na área, desmistificando tal rótulo. (Schwartzman, 2011).

O transtorno do espectro do autismo tem despertado a curiosidade e desenvolvimento de muitas pesquisas por todos os países, devido à suspeita atual de estarmos vivendo uma “epidemia de autismo”[133] (Schwartzman, 2011). Na verdade, segundo Dourado (2011), não se trata de epidemia e sim, um aumento de descobertas científicas e tecnológicas, favorecendo diagnósticos cada vez mais precisos e precoces.

Até o momento, médicos e pesquisadores do tema não chegaram a um único marcador biológico que desencadeie o transtorno do espectro do autismo e talvez isso nunca seja possível, uma vez que já foram identificadas várias causas para o desenvolvimento dessa síndrome. Segundo Schwartzman (2011) poderíamos deixar de pensar em causas e levar em conta questões multifatoriais do transtorno do espectro do autismo que surgem quando indivíduos são expostos a três tipos de eventos: período crítico no desenvolvimento cerebral, vulnerabilidade subjacente e estressor externo.

Muitos médicos e profissionais da área da saúde relutam em diagnosticar precocemente indivíduos claramente afetados, insistindo em afirmar o diagnóstico de autismo por volta dos cinco a seis anos de idade. Esse fato prejudica o desenvolvimento de um bom prognóstico, uma vez que tal síndrome é definida como transtorno do desenvolvimento e a intervenção precoce contribui muito para superação de seus sintomas. (Araújo, 2011; Dourado, 2011).

De acordo com Velloso (2011), a Psicologia, durante anos, tem se debruçado sobre a complexidade que envolve o tema do transtorno do espectro do autismo. Basicamente três vertentes da psicologia formulam suas hipóteses e conclusões a respeito: Teoria

[133] Grifo de Schwartzman.

Psicanalítica, TeoriaAfetiva e Teoria Cognitiva, porém o foco desse estudo permaneceu centrado apenas nessa última, por causa da limitação do tempo.

No arcabouço das ciências cognitivas, três construtos têm instigado os pesquisadores e sido explorados como fatores de compreensão dos sintomas e comportamentos autísticos: Teoria da Coerência Central, Teoria da Disfunção Executiva e Teoria da Mente. (Bosa&Callias, 2000; Dourado, 2011; Velloso, 2011). Resumir-se-á, a seguir, alguns pontos desses três tópicos.

Teoria da Coerência Central

Coerência central é a tendência inata do sistema cognitivo em formar um todo provido de significado a partir da junção de partes de informações. (Dourado, 2011).

A falta da tendência natural em juntar partes de informações para formar um todo coerente e significativo, foi proposto por Frith (1989) como uma das características do transtorno do espectro do autismo.

O interesse estereotipado e restrito, uma das características marcantes do transtorno do espectro do autismo, pode ser explicado como falta de coerência central, e segundo Bosa e Callias (2000), não somente tais déficits, mas também habilidades, as quais podem estar preservadas e mostrarem-se superiores em indivíduos com TEA, como a alta capacidade de atenção aos detalhes.

Teoria da Disfunção Executiva

Do ponto de vista da teoria cognitiva, as funções executivas são importantes processos humanos de controle e coordenação do comportamento e são constituídas de três componentes principais: capacidade de inibição, memória de trabalho e a habilidade de gerar novas estratégias. (Abreu et al, 2014).

De acordo com Dourado (2011) as funções executivas abarcam a capacidade de deslocar e manter a atenção em informações relevantes para completar uma tarefa, inibir reações impulsivas, organizar o comportamento, assim como lhes monitorar os resultados.

A hipótese de comprometimento da função executiva como *déficit* subjacente ao transtorno do espectro do autismo surgiu em função da semelhança entre o comportamento de indivíduos com disfunção cortical pré-frontal e aqueles com TEA: inflexibilidade, perseveração, primazia do detalhe e dificuldade de inibição de respostas. (Bosa&Callias, 2000).

Teoria da mente

O conceito da teoria da mente foi utilizado, pela primeira vez, num artigo escrito pelos psicólogos Premack e Woodrulf, em 1978, intitulado por *Does the chimpanzés have a theoryofmind*?

Instigados pela capacidade de os primatas predizerem as ações humanas, Premack e Woodrulf (1978) planejaram uma tarefa para um chimpanzé fêmea, por eles nomeada, Sarah. A tarefa consistia em apresentar um vídeo onde, em algumas partes, um homem se deparava com algumas situações problemas. Numa delas, o homem tentava sair de uma jaula, porém não conseguia; em outra situação, um homem tentava pegar algumas bananas que estavam inacessíveis, fora da jaula. Ao final do filme os pesquisadores apresentavam fotografias ao chimpanzé e, numa delas, era apresentada a solução do problema. O chimpanzé foi capaz de selecionar a foto adequada, ou seja, aquela em que o homem conseguia resolver o problema. (Bosa&Callias, 2000; Domingues, 2006; Gallo-Penna, 2011).

Sendo assim, os pesquisadores puderam inferir, de acordo com os resultados obtidos, que o referido animal dispõe de uma teoria da mente, termo este, cunhado pelos próprios pesquisadores.

Wimmer e Perner (1983), inspirados pelo artigo de Premack e Woodrulf (1978), criaram a primeira tarefa de falsa crença para ser proposta às crianças, o que permitiu a investigação empírica dos conceitos que fundamentam a teoria da mente.

Hoje, essa tarefa é considerada clássica. Ela consiste em contar uma história para a criança, na qual existem dados que permitem inferir que o protagonista tem uma crença diferente da realidade conhecida pela criança. Essa tarefa dissocia a crença da realidade. Em outras palavras, a criança deve compreender a diferença entre o pensamento de uma pessoa, que pode ser enganada, e a realidade. A partir dos quatro anos de idade, a criança pressupõe a existência de vários mundos e começa a entender que as outras pessoas não apenas conhecem coisas diferentes, mas também podem acreditar que algo que parecia ser verdadeiro, de fato, não o é, e, assim, passa a modificar sua crença. A criança torna-se capaz de apreciar, simultaneamente, dois modelos alternativos e contraditórios da realidade, bem como de distinguir aparência de realidade. (Domingues, 2006).

O marco teórico sobre autismo e teoria da mente foi o estudo realizado em 1985, por Baron-Cohen, Leslie &Frith, cuja hipótese era a de que crianças autistas apresentam falhas metarepresentacionais. Baron Cohen e sua equipe adaptaram este experimento,

criando o teste da Sally-Ann, para investigar o possível comprometimento de crianças com transtorno do espectro do autismo na habilidade de usar o contexto social para compreender o que outras pessoas pensam e acreditam. Essas crianças demonstraram dificuldades em compreender o que o personagem pensava e em predizer o seu comportamento com base no seu pensamento. (Bosa&Callias, 2000; Gallo-Penna, 2011).

Desde então, tem sido defendida a hipótese de que existem déficits na manifestação da teoria da mente em sujeitos com transtorno do espectro do autismo, em outras palavras, esses indivíduos apresentam dificuldades na atribuição de estados mentais ao outro.

A Teoria da Mente consiste em esquadrinhar a mente de uma pessoa para captar seus sentimentos e deduzir seus pensamentos. É a capacidade de atribuir ao outro, crenças, desejos e pensamentos diferentes ou não das próprias crenças, desejos ou pensamentos. Essa habilidade nos permite antecipar as ações alheias dando-nos instrumentos para ações adequadas ao convívio social (Domingues, 2006; Golleman, 2006).

Segundo Golleman (2006) a teoria da mente exige algumas habilidades básicas: estabelecer uma distinção entre nós e os outros, entender que as outras pessoas podem pensar de maneira diferente da nossa, perceber as situações do ponto de vista dos outros e entender que os objetivos deles podem não estar de acordo com nossos interesses.

A aquisição de uma teoria da mente é imprescindível para a eficácia dos relacionamentos sociais, uma vez que auxilia a criança a antecipar suas ações justamente por compreender e identificar as emoções e crenças alheias. A partir da compreensão dos estados mentais do outro, a criança também passa a entender seu próprio estado mental, podendo exercer o autocontrole e até mesmo ocultar algumas emoções socialmente inadequadas, capacidade essa ausente na maioria das pessoas com transtorno do espectro do autismo. (Dourado, 2011; Mercadante; Moura & Marin, 2009).

Ao considerar a relação entre linguagem e teoria da mente no transtorno do espectro do autismo, entende-se que características específicas e determinantes, atrasam ou impedem o desenvolvimento esperado da compreensão social dessas crianças. É por meio da linguagem que a criança acessa o mundo mental, repleto de representações de ideias necessárias para interpretar a realidade, considerada importante para o desenvolvimento de uma consciência explícita para a compreensão social. (Gallo-Penna, 2011).

Portanto, pode-se afirmar que a teoria da mente refere-se a um sistema cognitivo que desempenha um importante papel na adaptação social, principalmente quando nos referimos ao ambiente escolar. Sem dúvida, um indivíduo bem adaptado socialmente terá maiores chances de desenvolver seu potencial acadêmico.

Objetivos da Pesquisa

O propósito da presente pesquisa, baseada no estudo de Gallo-Penna (2011), foi investigar a influência de uma intervenção, com base em narrativas de histórias infantis, na manifestação da habilidade de atribuição de estados mentais em crianças com transtorno do espectro do autismo (TEA).

Participantes e instrumentos metodológicos

Fizeram parte da pesquisa, um estudante de escola regular e um estudante de escola especial, ambos com transtorno do espectro do autismo e idade cronológica de 10 e 12 anos. Esses participantes foram selecionados por meio de uma prova escrita (ditado de vinte palavras) e uma prova oral (descrição de figuras), no intuito de avaliar-lhes a alfabetização e a linguagem, respectivamente. A Escala de Tarefas da Teoria da Mentede Wellman e Liu (2004)[134]foi aplicada nos participantes antes e depois do procedimento de intervenção. Foram escolhidas para as intervenções as seguintes histórias dos Clássicos da Turma da Mônica de Maurício de Souza: Cinderela, O príncipe sapo, Rapunzel, A Bela Adormecida, O patinho feio, Branca de Neve, O gato de botas e a Pequena Sereia.

O referido estudo foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Guarulhos e por esse aprovado. (Anexo 1).

Procedimento de intervenção

Foram realizadas oito sessões de intervenção com a duração média de 30 (trinta) minutos cada, sendo que, em cada uma delas, a acadêmica narrou uma das histórias citadas acima, utilizando para isso, uma linguagem com ênfase nos desejos, pensamentos, intenções e emoções dos personagens. Durante as sessões, os

[134]A versão traduzida para o português encontra-se no capítulo "*Tarefas de crença falsa na avaliação de atribuição de estados mentais de crença*", organizado por Domingues, Valério, Panciera e Maluf (2007). A versão adaptada dessa escala foi usada na pesquisa de intervenção de Panciera (2007) e de Oliveira (2009), ambas realizadas com crianças com desenvolvimento típico.

participantes eram incentivados, pela acadêmica, a responderem questões sobre as crenças, pensamentos e emoções desses personagens. As oito sessões foram gravadas em áudio para posterior transcrição e análise dos dados relevantes para a pesquisa.

Procedimentos de análise dos resultados obtidos

Os resultados obtidos nos testes de teoria da mente pelo estudante da escola regular foram analisados e comparados aos resultados obtidos nos testes do estudante da escola especial nas duas etapas: pré-teste e pós-teste.

Todas as oito sessões realizadas para o procedimento de intervenção foram gravadas em áudio e transcritas para que esses dados fossem classificados, analisados e interpretados.

As transcrições foram organizadas por participante de pesquisa e por história. Foi confeccionado um relatório sobre a frequência de termos mentais utilizados por cada participante da pesquisa.

O critério de análise dos termos mentais foi baseado no estudo realizado por Happé (1994) *apud* Gallo-Penna (2011). Foram adotadas as seguintes categorias: (1) desejos – referem-se à vontade do personagem, seu querer, suas expectativas para o alcance de algo almejado ou objeto; (2) crenças – aquilo em que o personagem acredita que julga ser verdadeiro, ou falso; (3) intenções – suas pretensões, sua ação para obter o que deseja, suas tentativas para enganar os outros e para fingir; (4) características do personagem – como ele é de fato (bondoso ou trapaceador) e estados mentais atribuídos a ele (impaciente, tristonho, fingido); (5) emoções – sentimentos e emoções apresentados como tal, palavras ou expressões que designem emoções de forma indireta; por exemplo, choro; (6) explicativos – palavras que quando usadas, facilitariam o entendimento da criança sobre a ação, o pensamento, ou o sentimento dos personagens.

Expressões utilizadas para demonstrar os próprios pensamentos, desejos ou emoções, como, por exemplo, "*Eu sinto*", "*Eu penso*" não foram consideradas na análise, por ser tratar de uma autoatribuição.

Realizou-se uma comparação entre o desempenho na atribuição dos estados mentais do participante da escola regular, com o desempenho na atribuição dos estados mentais do participante da escola especial, durante as sessões interventivas.

Resultados

Escala deTarefas da Teoria Mente (pré-teste e pós-teste).

As tabelas 1 e 2, abaixo descritas, representam os resultados obtidos por Luís (nome fictício), estudante da escola regular e Mateus (nome fictício), estudante da escola especial, em relação a aplicação da Escala de Tarefas da Teoria da Mente nas duas etapas: pré-teste e pós-teste.

Tabela 1. Resultados da aplicação da Escala de Tarefas da Teoria da Mente – Luís.

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	Acertos
Pré-teste	1	0	0	0	0	0	0	1
Pós-teste	0	1	0	1	1	0	0	3

Tabela 2 – Resultados da aplicação da Escala de Tarefas da Teoria da Mente – Mateus.

	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	Acertos
Pré-teste	1	0	0	0	1	0	1	3
Pós-teste	1	0	0	1	0	0	1	3

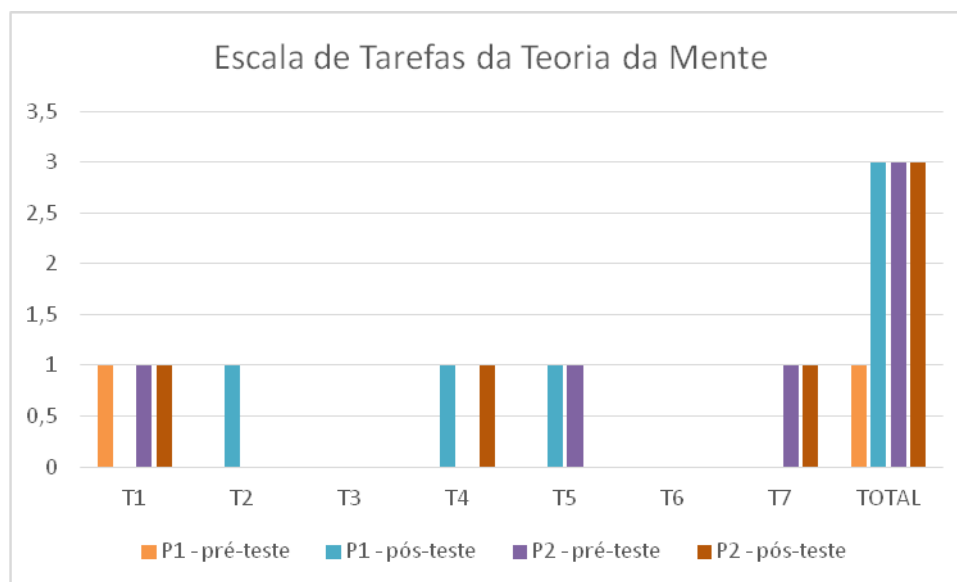
Legenda das tabelas 1 e 2.
T1 = tarefa de desejos diferentes/ T2 = tarefa de crenças diferentes/ T3 = tarefa de acesso ao conhecimento/ T4 = tarefa de crença falsa de conteúdo/ T5 = tarefa de crença falsa de conteúdo explícita/ T6 = tarefa de crença e emoção/ T7 = tarefa de emoção real e aparente.

No pré-teste, o participante da escola regular, Luís, só pontuou na tarefa de desejos diferentes (T1). Em relação ao pós-teste, observa-se discreta melhora nos resultados obtidos na realização das tarefas da Escala: Luís pontuou na tarefa de crenças diferentes (T2); na tarefa de crença falsa de conteúdo (T4) e crença falsa de conteúdo explícita (T5).

O participante da escola especial, no pré-teste, acertou as tarefas desejos diferentes (T1), crença falsa explícita (T5) e emoção real e aparente (T7). No pós-teste, esse participante manteve o acerto na tarefa desejos diferentes (T1); acertou a tarefa crença falsa de conteúdo (T4), a qual não havia pontuado no pré-teste; errou a questão crença falsa explícita (T5), a qual tinha acertado no pré-teste e manteve o acerto na tarefa emoção real e aparente (T7).

Comparativo do desempenho dos dois participantes na Escala de Tarefas da Teoria da Mente.

No intuito de demonstrar o comparativo do desempenho dos dois participantes na Escala de Tarefas da Teoria da Mente, a seguir, apresenta-se o gráfico 1.

Gráfico 1 – Desempenho dos participantes na Escala de Tarefas da Teoria da Mente

Legenda do gráfico
P1 – Participante da escola regular
P2 – Participante da escola especial
Nota da Escala de Tarefas da Teoria da Mente = até 7 pontos.

Em termos gerais, considerando apenas os resultados da aplicação da Escala de Tarefas da Teoria da Mente, o procedimento de intervenção beneficiou mais o participante da escola regular do que o participante da escola especial. No pré-teste, o participante da escola regular obteve 1 ponto na referida escala e após a intervenção, obteve 3 pontos. Já o participante da escola especial manteve, no pós-teste, os 3 pontos que obteve no pré-teste.

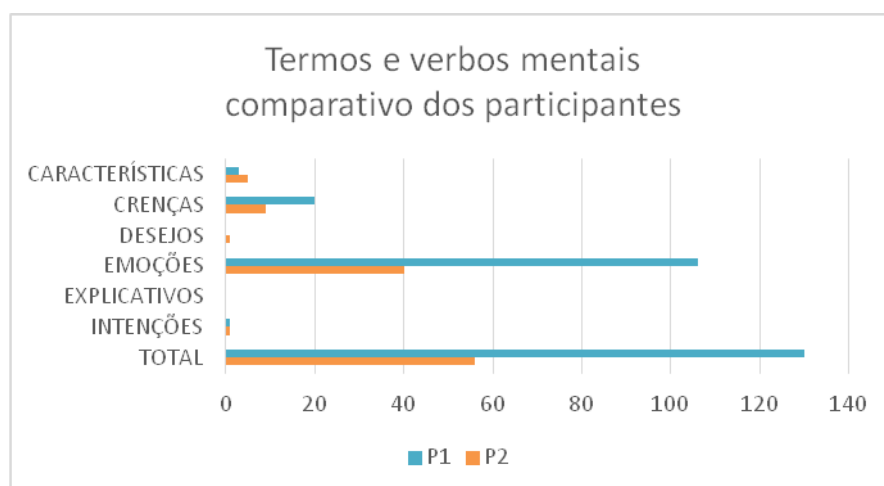
Apesar da discreta melhora no desempenho obtido pelos dois participantes de pesquisa na Escala de Tarefas da Teoria da Mente, no pós-teste, pode-se afirmar que os acertos foram escassos: após o procedimento de intervenção, os dois participantes alcançaram apenas 3 pontos em uma escala que vai até 7 pontos. Esses resultados estão de acordo com os estudos de Baron Cohen, Leslie e Frith (1985), segundo os quais, uma minoria de crianças com transtorno do espectro do autismo acerta as tarefas da teoria da mente.

Sessões de intervenções

Dos 106 termos e verbos mentais eliciados na fala do participante da escola regular, por meio das narrativas de histórias realizadas pela acadêmica nas sessões interventivas, percebe-se que 81.53% foram termos relacionados às emoções dos personagens das histórias infantis; 15.38% relacionados às crenças dos personagens das histórias infantis; 2.30% relacionados às características dos personagens das histórias infantis e 0.76% relacionados às intenções dos personagens das histórias infantis. Não foram eliciados termos e verbos mentais explicativos e termos e verbos mentais referentes aos desejos dos personagens das histórias infantis.

Em relação ao participante da escola especial, dos56 termos e verbos mentais eliciados na fala do participante da escola especial, por meio das narrativas de histórias realizadas pela acadêmica nas sessões interventivas, percebe-se que 71,42% dos termos eliciados foram termos relacionados às emoções dos personagens das histórias infantis; 16,10% relacionados às crenças dos personagens das histórias infantis; 8,92% relacionados às características dos personagens das histórias infantis; 1,78% relacionados aos desejos dos personagens e 1,78% relacionados às intenções dos personagens das histórias infantis. Não foram eliciados termos e verbos mentais explicativos.

O gráfico 2 apresenta um comparativo dos dois participantes de pesquisa, em relação aos termos e verbos mentais pronunciados nas oito sessões de intervenções.

Gráfico 2. Comparativo dos termos e verbos mentais entre os participantes.

Legenda: P1 – participante da escola regular / P2 = participante da escola especial.

Observa-se maior presença de termos mentais relacionados às emoções dos personagens das histórias narradas, por parte dos dois participantes de pesquisa.

Nenhum dos participantes utilizaram nas sessões interventivas termos mentais explicativos.

Discussão e conclusão

O participante de pesquisa da escola regular obteve maior número de acertos no pós-teste: subiu de 1 para 3 pontos; já o participante de pesquisa da escola especial manteve os 3 pontos que obteve no pré-teste. Desse fato observa-se que, de uma forma discreta, o participante da escola regular teve um melhor rendimento, por meio do procedimento interventivo, do que o participante da escola especial.

No entanto, observa-se poucos acertos por parte dos dois participantes de pesquisa nas duas etapas de aplicação da Escala de Tarefas da Teoria da Mente: Luís, participante da escola regular obteve apenas 1 ponto no pré-teste e 3 pontos no pós-teste e Mateus, participante da escola especial, obteve 3 pontos tanto no pré-teste, quanto no pós-teste. Esses resultados estão de acordo com pesquisas atuais, as quais afirmam que uma pequena minoria das crianças e adolescentes com transtorno do espectro do autismo acertem as tarefas de teoria da mente (Baron-Cohen, Leslie &Frith, 1985; Fernandes e Mendes, 2002; Gallo-Penna, 2011).

Os dois participantes de pesquisa apresentaram muitas dificuldades, em todas as sessões de intervenção, em atribuir aos personagens das histórias narradas, as emoções de “raiva” e “engano”. Às emoções de raiva e engano dos personagens das histórias narradas, os dois participantes de pesquisa atribuíram as emoções de “felicidade”. Esses resultados corroboram com as afirmações de pesquisadores da área em relação às grandes dificuldades das pessoas com transtorno do espectro do autismo em compreenderem o sarcasmo e cinismo alheio, e por isso, pode-se afirmar que esses indivíduos possuem uma cegueira mental para as relevantes pistas sociais. (Amorim e Assumpção Jr, 2012; Dourado, 2011; Golleman, 2006; Klin, 2006; Mercadante, 2009).

De maneira geral, pode-se afirmar que as sessões de intervenções proporcionaram melhora na atribuição de estados mentais dos dois participantes, conforme a hipótese de base do referido estudo.

REFERÊNCIAS

Abreu, N.; Seabra, A.G.; Laros, J.A.; Macedo, E.C.(org.). (2014). Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica. São Paulo: Memnon.

Araújo, C.A.(2011). Psicologia e os transtornos do espectro do autismo. In: Schwartzman, J.S. e Araújo, C.A.(Orgs). Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon.

Baron-Cohen, S.; Leslie, A. M.; Frith, U. (1985).Does the autistic child have a “Theory of mind”? Cognition.21, 37-46.

Bettelheim, Bruno. The Empty Fortress: Infantile autism and the birth of the self. New York: The Free Press, 1967.

Bosa, C. &Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 13*(1), 167– 177.

Domingues, S.F.S. (2006). Teoria da mente: um procedimento de intervenção aplicado em crianças de 3 a 4 anos. 138f Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC. São Paulo.

Domingues, S. F. S., Valério, A., Panciera, S. P. & Maluf, M. R. (2007). Tarefas de crença falsa na avaliação de atribuição de estados mentais de crença. In: Schelini, P.W. (Orgs). Alguns domínios da avaliação psicológica*.* (pp. 141 -162). Campinas, SP: Alínea.

Dourado, F. (2011) Autismo e Cérebro Social: Compreensão e Ação. Fortaleza: Premius.

Frith, U. (1989). Autism: Explaining the enigma. Oxford: Blackwell.

Gallo-Penna, E.C. (2011). Teoria da mente e autismo: influência da linguagem parental explicativa de estados mentais sobre o desenvolvimento da compreensão social.139f Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC. São Paulo.

Gil, A. C.(1991). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas.

Golleman, D. (2006). Inteligência Social: O poder das relações humanas. Rio de Janeiro: Campus.

Happé, F. (1994).An advanced test of theory of mind: understanding of story characters’thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*(2), 129-154 *apud*Gallo-Penna, E.C. (2011). Teoria da mente e autismo: influência da linguagem parental explicativa de estados mentais sobre o desenvolvimento da compreensão social.139f Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC. São Paulo.

Kanner, L. (1943).Autistic Disturbances of Affective Contact*.Nervous Child. 2:217-50 apud Schwartzman, J. S. (2011).* Transtornos do espectro do autismo: conceito

e generalidades. In: Schwartzman, J.S. & Araújo, C.A. (Orgs.) Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon.

Klin, A. (2006). Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. Revista Brasileira de Psiquiatria. 28 (Supl I):S3-11.

Lorena & Domingues (2013). Autismo e teoria da mente: um estudo preliminar do "estado da arte". Pibic, em fase de elaboração. Universidade de Guarulhos. Guarulhos.

Mercadante, M. T.; Moura, P.J. & Marin, J.C.M. (2009). Evolução do cérebro social. In: Mercadante, M. T. & Rosário, M.R. (Orgs.) Autismo e cérebro social. São Paulo: Segmento Farma.

Organização Mundial da Saúde - Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

Paula C.S., Ribeiro S.H., Fombonne&Mercadante M.T. (2011).Brief Report: Prevalence of Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A Pilot Study. J Autism Dev Disord. 2011 Feb 21; [Epubahead of print] PMID: 21337063.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzé have a theory of mind?*Behavioral and BrainSciences*, (pp. 515-526).

Severino, A. J. (2002). Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Cortez.

Schwartzman, J. S. (2011). Transtornos do espectro do autismo: conceito e generalidades. In: Schwartzman, J.S. & Araújo, C.A. (Orgs.) Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon.

Souza, M. de (2008). Clássicos ilustrados com a turma da Mônica. São Paulo: Girassol.

Velloso, R.L. (2011). Avaliação de linguagem e de teoria da mente nos transtornos do espectro do autismo com aplicação do teste *StrangeStories* traduzido e adaptado para a língua portuguesa. 114f Tese (Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento) Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo.

Wimmer, H., &Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children´s understanding of deception. Cognition, (pp.103-128).

Bettelheim, Bruno. The Empty Fortress: Infantile autism and the birth of the self. New York: The Free Press, 1967.

A PSICODINÂMICA DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ABRIGAMENTO: UM ESTUDO DE CASO

BIANCA MOREIRA

CAROLINA TSE

MARIANA SIMÕES

HILDA AVOGLIA

Resumo

Considerando-se a história político social da criança no Brasil, nos depararmos com instituições caracterizadas pelo descaso e abandono diante da infância. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura às crianças o direito ao convívio familiar, porém, se necessário, são acolhidas aos abrigos, em caráter transitório até a readequação da família. O estudo tem como objetivo analisar a dinâmica psíquica de uma criança em situação de acolhimento. Para tanto, apresentaremos um estudo de caso de uma menina de 6 anos, abrigada há 6 meses, no qual se utilizou o procedimento de Desenho Temático com Estórias e a entrevista semidirigida. Os dados foram coletados em um abrigo Região do Grande ABC/SP. A análise psicanalítica indicou potencialmente o medo da perda e a necessidade de negação. A dolorosa realidade vivida desencadeia elevada ansiedade e deslocamentos defensivos, recorrendo à fantasia, neste caso, a de princesa, como forma de escapar da situação conflitiva com a qual convive. Embora a situação de acolhimento seja adequada no que tange as condições físicas básicas da criança, aspectos afetivos parecem assumir uma importância secundária no que se refere à convivência desta criança com este contexto. Desse modo, o abrigo se apresenta como um espaço institucional que pouco atenua os sentimentos de insegurança, ao contrário de sua natureza e finalidade, ou seja, acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE: Situação de Acolhimento; Abrigo; Desenho Temático com Estórias.

Introdução

A história social e política da criança no Brasil demonstra como sofreram descaso e abandono, não sensibilizando na época as pessoas sobre as particularidades e as

necessidades da infância, como descreve Ariès (1978). Atualmente as crianças e adolescentes em situação de acolhimento, são protegidos pela as leis do país regulamentada através do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes – CONANDA, de 2001, previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) como o principal órgão do sistema de garantia de seus direitos.

As implicações no desenvolvimento da criança acolhida são discutidas pela psicanálise. Neste caso, apontamos Soifer (1992) ao defender que a criança depende exclusivamente das condições oferecidas por seu núcleo familiar, os vínculos vão se estabelecendo durante a infância e estas relações vão se fortificando à medida que o Ego vai se organizando. Já Winnicott (1962), em relação à formação do Ego, defende ser primordial a presença da mãe de uma forma plena, para possibilitar o processo de maturação egóica, contudo se a mãe não desempenhar essa tarefa, esse desenvolvimento ocorre de forma distorcida.

No que diz respeito da criança em situação de acolhimento, objeto deste estudo, Bowlby (1982) aponta que estas sofrem danos psicológicos significativos, sendo comum verificar problemas em estabelecer relações, maior dificuldade para resolverem problemas e sinais de apatia. Em outro momento, o mesmo autor (Bowlby, 1988) reforça que crianças que vivem em instituições, podem ter seu desenvolvimento prejudicado pela ausência de relações com uma figura significativa, provavelmente lhe causarão angústia, necessidade de afeto de forma exacerbada e potencialmente sentimentos de culpa.

Diante destas considerações iniciais, o presente estudo teve como objetivo analisar a dinâmica psíquica de uma criança em situação de acolhimento.

Método

Trata-se de um estudo de caso envolvendo como participante uma menina de seis anos de idade, acolhida há seis meses, em abrigo do município de Diadema, na Região do Grande ABC –SP.

No que tange as questões de natureza ética, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-METODISTA) contando com o parecer No: 633.742/ 24/04/2014.

Como instrumentos utilizados, contamos com:

Desenho Temático com Estórias e Entrevista Semidirigida: de acordo com Trinca (1984), para a criança é mais fácil fazer o uso simbólico, uma vez que os recursos verbais

podem ainda ser insuficientes. O Desenho Temático com Estórias dá-se de forma clara e sintetizada os aspectos fundamentais do funcionamento mental como os recursos defensivos, a capacidade de elaboração do Ego e as relações objetais. Quanto a Entrevista do tipo semidirigida constitui-se em um instrumento para coleta de dados muito utilizado em pesquisas em diversas áreas do conhecimento. A entrevista semidirigida, também denominada de entrevista semiaberta ou semi estruturada, prevê a elaboração por parte do pesquisador de um roteiro prévio de perguntas básicas sobre o tema a ser abordado, conforme Ocampo *et al.* (2001).

Sobre o procedimento adotado, inicialmente utilizou-se o *rapport,* seguido da entrevista semidiretiva. A seguir foi disponibilizado o material gráfico visando à aplicação do procedimento do Desenho Temático com Estórias. Orientou-se a participante a partir da seguinte consigna: "*Desenhe uma menina qualquer".* Na segunda produção gráfica solicitou-se: *"Desenhe uma menina que mora em um abrigo*". Na segunda etapa da coleta de dados, sugeriu-se à criança participante: "*Conte uma estória do seu desenho*". Dessa maneira coletamos o material, sendo posteriormente analisado sob uma perspectiva psicanalítica.

Resultados

Os dados obtidos nos permitiram verificar que a realidade vivenciada pela criança apresenta-se como dolorosa e, dessa forma, desencadeando ansiedade, sentimentos de depressão, menos valia, medo diante da perda e do abandono, falta de proteção, tendências destrutivas, além da negação de si e de sua condição de acolhida.

O maior impacto observado, entretanto, se refere à recusa da criança em verbalizar sua situação de acolhimento, bem como em desenhá-la, como era parte do procedimento a ser utilizado na investigação. Com isso, entende-se que a participante faz uso de mecanismos de defesa, como a negação em prol de aliviar seu próprio sofrimento. Por meio da projeção e do deslocamento, a criança tenta atenuar tais sentimentos que, nesta análise, se mostram fortemente ligados ao sofrimento psíquico que atinge diretamente seu desenvolvimento psicoafetivo, além de uma provável busca por negar sua realidade enquanto criança acolhida e, por fim, como resposta diante desta angústia, desvia-se da temática instruída pelo procedimento e aponta para uma tentativa egóica de amenizar o conflito que vivencia.

A análise da produção gráfica da participante associada a sua verbalização na fase de inquérito, indica sentimentos de agressividade que, embora presentes no grafismo, não são facilmente expressos em sua verbalização. Nesse sentido, Hammer (1991) estabelece que os desenhos projetivos transmitem alguns elementos que verbalmente a criança não saberia expressar, ou seja, os desenhos projetivos captam por meio da grafia sentimentos, elementos e expressões que quando analisados se fazem presente no sujeito, seja de forma sabida e clara ou desconhecida e inconsciente que surgem de forma involuntária.

A negação ou a resistência ao desenhar, como ocorrido com a participante deste estudo, segundo Van Kolck (1984) pode indicar sentimentos de inferioridade, revelando um indivíduo com sentimentos de inadequação. Acrescenta-se a ainda, o tamanho do desenho elaborado, neste caso, de tamanho classificado como grande pode indicar uma fantasia compensatória.

O fato da menina não atender a instrução da pesquisadora, nos remete as considerações de Van Kolck (1984), ao relacionar o não seguimento da orientação atribuída a uma desordem afetivo emocional, e aponta que a instrução pode atingir temas de conflito e ser traumatizante, levando aquele que desenha a evitar, fato este que parece ter ocorrido com a participante. Desta forma, seguindo o referencial teórico é necessário interpretar o material: desenho, verbalização e conteúdo, incluindo o contexto no qual a participante está inserida, neste caso, uma criança acolhida, convivendo em um espaço diante do qual se mostra insegura, carente, temerosa e com fortes sentimentos de abandono.

Considerações finais

O estudo permitiu o acesso à realidade dolorosa da criança em situação de acolhimento e, mesmo que estejam assegurados seus direitos sociais e jurídicos e que esteja acolhida, no sentido de receber os cuidados fundamentais garantidos pelos órgãos responsáveis, tais recursos não se mostram suficientes para diminuir os possíveis impactos psicológicos para seu desenvolvimento.

A situação de acolhimento vivenciada pela participante, não demonstra, de acordo com a perspectiva psicanalítica aqui adotada, que seja suficiente para que tenha aliviado os impactos que o afastamento familiar possa estar lhe causando. Identifica-se a necessidade de ser excluída e negar a realidade vivida, não desejando fazer parte do contexto de acolhimento.

O abrigo, por sua vez, demonstra dessa maneira atende no sentido físico e fornece condições básicas de alimentação, higiene, escolaridade, conforme premissa da garantia de direitos, imprescindível ao atendimento humano de crianças que convivem com essa realidade. Mesmo assim, se considera relevante reconhecer que, sem tais condições, a situação poderia estar ainda mais comprometida.

Referências

Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família.* Rio de Janeiro: LTC Editora.

Bowlby, J. (1988). *Cuidados maternos e saúde mental.* São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos.* São Paulo: Martins Fontes.

Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília, DF.

Hammer, E. (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ocampo, M.L.S.; Arzeno, M.E.G. (2001). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas.* São Paulo: Martins Fontes. (original publicado em 1976).

Soifer, R. (1992). *Psiquiatria infantil operativa*: Psicologia evolutiva e Psicopatologia. Porto Alegre: Artes médicas.

Trinca, W. (1994). *Diagnóstico psicológico - a prática clínica***.** São Paulo: EPU, 1984.

VAN KOLCK, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos na avaliação da personalidade.* São Paulo: EPU.

Winnicott, D. W. (1962). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In______ *O ambiente e os Processos de Maturação.* Porto Alegre: ARTMED.

O Homem Em Situação De Violência Conjugal: Reflexões A Partir Do Relato De Um Atendimento Em Um Plantão Psicológico

Adriana Navarro Romagnolo

Bruna Setin Januário

Evelyn Cistine Bognar

Marilia Martins Vizzotto

Resumo

A violência entre parceiros íntimos é comum em muitos países, entre eles o Brasil, cujos resultados (OMS ano de 2005) deram indicativos de alta frequência de violência, sendo a maior taxa para São Paulo e Pernambuco em violência psicológica. Ante ao fenômeno preocupante, o presente estudo teve por objetivo: descrever recortes de atendimentos psicológicos em clínica-comunitária a um homem agressor. Respeitadas todas as questões éticas, relatam-se recortes de sessões realizadas com o agressor, após seu comparecimento em uma Delegacia da Mulher por violência contra a companheira. Os atendimentos foram realizados num programa de plantão psicológico e conduzidos por técnicas de observação e escuta psicológica da queixa; continência; compreensão da dinâmica de funcionamento e intervenções que propiciavam compreensão do conflito e condutas adaptáveis. O caso em questão apresentou confusão de emoções (ambigüidade), sentimentos de culpa persecutória e angústia. Entretanto, ainda que atendido por um período de tempo breve, foi possível intervir na clarificação do conflito, havendo melhor compreensão da situação e de si mesmo. Foi possível observar tentativas reparatórias, diminuição de sentimentos ambíguos e possibilidades de aceitação ao encaminhamento para terapia de longo prazo. Conclui-se que os atendimentos revelaram que a compreensão da violência entre cônjuges não pode ser reduzida à idéia de sub-alternidade feminina; de modo que os atos não podem ser vistos de forma unidirecional - agressor-vítima, ou seja, daquele que pratica a violência para aquele que recebe, mas sim, construída em uma relação bidirecional. Assim a violência conjugal pode ser observada como relacional e dinamicamente construída pelos cônjuges, que são coautores do funcionamento do casal; também é possível concluir que

a atenção psicológica pode ser eficaz no auxilio as situações de crise, desde que utilizadas estratégias e técnicas interventivas adequadas para tal finalidade.

Palavras-chave: violência conjugal, violência doméstica; delegacia da mulher, assistência psicológica.

A DEVOLUÇÃO DE FILHOS ADOTIVOS E OS SEUS EFEITOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CRISTIANE MENDES DE ALMEIDA DUARTE

LORENA JOYCE MARTINS DE FREITAS

RAISSA RIGHETTI RAMOS

LUCILENA VAGOSTELLO

Resumo

A devolução de crianças e adolescentes adotados tornou-se uma realidade cada vez mais comum no cotidiano de varas de Infância e Juventude, apesar de a adoção ser uma medida irrevogável segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente. O presente trabalho pretendeu analisar, por meio da experiência profissional de psicólogos, o contexto das devoluções de filhos adotivos e os seus efeitos em crianças e adolescentes. Participaram do estudo oito psicólogas, com idade entre 32 e 59 anos, com experiência no atendimento acompanhamento desses casos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e os resultados foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo. De modo geral, os participantes atribuíram o fracasso das adoções ao despreparo dos pais e às expectativas irreais e idealizadas em relação ao filho adotivo. Os profissionais destacaram que crianças e adolescentes devolvidos tendem a apresentar dificuldades em refazer suas relações afetivas pelo temor de um novo abandono. Destacou-se que, além do trabalho em rede e da psicoterapia, as instituições de acolhimento devem proporcionar um espaço de escuta para essas crianças e adolescentes. A avaliação psicológica e o acompanhamento dos pretendentes foram apontados como os principais meios de prevenção das devoluções.

Palavras-chave: adoção; crianças adotivas; pais adotivos; relações pais-criança.

Introdução

Vários motivos podem levar uma criança a ser institucionalizada, dentre os quais se destacam o abandono, a falta de recursos financeiros da família, a dependência de álcool

e/ou drogas entre os pais, a criminalidade e a ocorrência de diversos tipos de violência contra a criança.

O abrigamento é uma medida de proteção provisória que visa a reorganização familiar de crianças e adolescentes em situação de risco ou de vulnerabilidade social. No entanto, quando são esgotadas todas as possibilidades de convívio com a família biológica a colocação em família substituta torna-se necessária. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a colocação em família substituta pode ocorrer sob a forma de tutela, guarda ou adoção e, neste último caso, a criança ou o adolescente adquire a condição de filho, com os mesmos direitos de um herdeiro biológico. A adoção torna-se, assim, uma maneira de garantir que crianças e adolescentes tenham o direito de se desenvolver em uma família.

O ECA (1990) prevê que os candidatos à adoção sejam submetidos a um processo avaliativo, realizado por psicólogos e assistentes sociais da Justiça da Infância e da Juventude. O estudo psicossocial procura avaliar as condições dos pretendentes à adoção para exercer a paternidade ou a maternidade de uma criança ou adolescente.

A avaliação psicológica dos pretendentes objetiva conhecer expectativas e desejos subjacentes à adoção, considerando as singularidades dos futuros pais adotivos. Assim, além das justificativas conscientemente informadas para a realização de uma adoção, é necessário também que o psicólogo procure identificar desejos latentes e motivações implícitas ao pedido de adoção (Paiva, 2008; Peiter, 2011).

De acordo com Paiva (2008) a decisão de adotar uma criança ou adolescente pode estar associada às mais variadas motivações como a necessidade de suprir perdas (morte de um filho, por exemplo), a tentativa de lidar com a frustração de não conseguir gerar um filho, a compensação pela inexistência de projetos de vida, o temor da solidão na velhice, o desejo de ter um herdeiro, a expectativa de "salvar" casamentos e até mesmo as chamadas "missões" ou "vocações" pautadas em valores religiosos ou altruístas.

Ghirardi (2008) e Levinzon (2004) referem que, nos casos em que a adoção é determinada por motivações altruístas, os pais muitas vezes cultivam expectativas de que o filho adotivo retribuirá a sua generosidade com condutas "exemplares" como doçura, gratidão ou submissão incondicional. O fracasso de uma adoção também ocorre quando o luto pela impossibilidade de gerar um filho biológico ainda não pôde ser superado e,

nesses casos, o filho adotivo tende a permanecer à sombra do filho biológico sonhado. Para as autoras, a necessidade da elaboração dos lutos é fundamental para que o filho adotivo possa ser aceito, para que uma nova relação seja construída e reconhecida como gratificante.

Embora a reversão da medida de adoção não esteja prevista na legislação brasileira, cada vez mais as famílias recorrem ao poder Judiciário e às instituições do Executivo para “devolver” seus filhos adotivos. Nos casos em que rejeição ao filho adotado é intensa e a convivência familiar torna-se insustentável, a devolução é admitida a fim de se evitar danos maiores para a criança (Silva, 2012). O termo “devolução” é empregado por Ghirardi (2008) para retratar qualquer retorno de criança ou adolescente a uma situação anterior ao convívio com a família adotiva, independentemente de ocorrer no estágio de convivência (restituição) ou após a efetivação da adoção.

Para Levy, Pinho e Faria (2009) as devoluções ocorrem frequentemente por falta de maturidade dos pais adotivos, por motivações inapropriadas para a realização da adoção ou ainda pela dificuldade de constituição de vínculos filias com a criança ou adolescente. Na maioria dos casos as crianças são responsabilizadas pelo fracasso da adoção e os comportamentos agressivos são os motivos mais alegados para justificar a devolução. Isso ocorre porque algumas famílias não estão preparadas para lidar com a destrutividade da criança, geralmente percebida como maldade, ao invés de ser compreendida como uma reação frente ao temor de um novo abandono (Levinzon 2004; Levy, Pinho & Faria, 2009; Paiva, 2008; Peiter, 2011, Rotondaro, 2002; Silva 2011).

Estudos mostram que quanto mais vivências de abandono e de maus tratos uma criança experimentar, maior tende a ser a sua desconfiança em relação à disponibilidade afetiva de outras pessoas (Levinzon 2004; Levy, Pinho & Faria, 2009; Paiva, 2008; Peiter, 2011, Rotondaro, 2002; Silva 2011). Para a criança ou adolescente devolvido, a ruptura do laço afetivo com os pais adotivos representa uma reedição da sua primeira história de abandono, cujo sofrimento é revivido de forma intensificada na devolução (Ghirardi, 2008; Silva, 2011).

Nesse sentido Winniccot (2005) refere que crianças privadas apresentam temor de serem submetidas a uma nova privação e, por isso, precisam adquirir confiança na estabilidade do novo ambiente para sentirem-se seguras na construção de novos vínculos. Do mesmo modo, Bowlby (1995) destaca que quando a criança é submetida à privação de cuidados básicos um dos efeitos mais importantes é a redução da capacidade

de estabelecer relacionamentos afetivos com outras pessoas, além de outros possíveis danos ao seu desenvolvimento emocional, intelectual e social.

Segundo Orionte e Sousa (2005) para criança aceitar uma família adotiva, é necessário que o afeto oferecido à criança seja suficiente para ajudá-la a elaborar as vivências de abandono anteriores e construir vínculos afetivos positivos. Azôr e Vectore (2008) destacam que as instituições de acolhimento (abrigos) precisam oferecer um espaço para que o sofrimento de crianças e adolescentes devolvidos seja elaborado, mas lembram que muitas delas sequer contam com profissionais preparados para atender esse tipo de demanda.

Para Hecht e Silva (2009) e Schetini (2007) os estudos sobre os efeitos da institucionalização são inconclusivos e destacam que essa área ainda é carente de pesquisas. Da mesma forma, Ghirardi (2008) e Levy, Pinho e Faria (2009) ressaltam que os estudos sobre a devolução de crianças adotadas ainda são escassos.

Objetivo:

O presente estudo teve como objetivo analisar, por meio da experiência profissional de psicólogos, o contexto das devoluções de filhos adotivos e os seus efeitos em crianças e adolescentes devolvidos.

Método:

Participaram do estudo oito psicólogas, com idade entre 32 e 59 anos, com tempo de experiência médio de 10,8 anos na área. Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade (CAAE:15209713.0.0000.0089) a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas por meio da análise de conteúdo, caracterizada pela organização de procedimentos de análise da comunicação a partir da decomposição da mensagem (Bardin,1977). As dimensões temáticas de análise corresponderam aos temas abordados em entrevista. O conteúdo das respostas de cada participante foi analisado separadamente e, posteriormente, comparado em cada dimensão temática para a identificação de convergências e divergências. Os resultados foram discutidos de acordo com a análise das seguintes dimensões temáticas: motivos da devolução, impacto da devolução no desenvolvimento

da criança, intervenções realizadas nas instituições de acolhimento, impacto da devolução na dinâmica institucional do abrigo, expectativas em relação às crianças e adolescentes devolvidos e medidas preventivas.

Resultados e Discussão:

1. Motivos da devolução

A análise das entrevistas revelou que, do total de participantes (N=8), sete (P1,P2, P3, P4, P6, P7 e P8) apontaram as expectativas irreais e a idealização do filho como os principais motivos que resultam em devoluções de filhos adotados, conforme o relato a seguir:

A gente percebe que os casais que buscam a adoção, eles idealizam um tipo de criança, um tipo de adolescente, um tipo de família, um tipo de situação, e aí quando levam pra casa percebem que não é bem daquele jeito... A meu ver acho que o principal é isso, essa família pouco preparada ou iludida com este processo de adoção... (P3).

Em convergência com esse resultado, literatura especializada refere que as expectativas e idealizações podem dificultar o processo de vinculação com o filho adotivo, sobretudo quando as características deste destoam das características idealizadas (Ghirardi, 2008; Levinzon, 2004; Levy, Pinho & Faria, 2009 e Peiter, 2011).

A infertilidade mal elaborada dos pais foi apontada por quatro participantes (P1, P6, P7 e P8) como outro importante fator para o fracasso nas adoções e para as devoluções. Nesse sentido, alguns estudos mostram que quando a infertilidade não é devidamente enlutada e elaborada, a convivência com o filho adotado pode se tornar um constante confronto com a impotência dos pais e prejudicar a constituição de vínculos amorosos entre ambos (Ghirardi, 2008; Paiva, 2008; Levinzon, 2004).

Quatro participantes (P2, P3, P4 e P6) entendem que o desejo sobre o qual se fundamenta a adoção pode dificultar a vinculação dos pais com a criança e o seu reconhecimento como filho. A esse respeito, Levy, Pinho e Faria (2009), e Peiter (2011) destacam a diferença entre o desejo de ser mãe/pai e o desejo exclusivamente narcísico de ter um filho.

Uma participante destacou o perigo das chamadas "motivações altruístas" para as adoções, uma vez que o suposto gesto altruísta pode custar caro à criança, sobretudo quando ela não corresponde às exigências de gratidão dos pais (Ghirardi, 2008; Levinzon, 2004)

Uma participante mencionou os equívocos na avaliação psicológica dos pretendentes à adoção como um fator relevante para o fracasso das adoções. A avaliação e a preparação dos pais podem ser, de fato, preventivas contra a ocorrência de devoluções de filhos adotivos, no entanto trata-se de uma avaliação complexa e que exige preparo e experiência dos profissionais para o reconhecimento de desejos e expectativas latentes (Oliveira, 2010).

2. Impactos da devolução no desenvolvimento da criança:

Todas as participantes destacaram os impactos da devolução variam de acordo com as particularidades de cada caso, em função da etapa de desenvolvimento da criança ou adolescente e das especificidades de suas vivências pregressas de abandono. No entanto os impactos mais citados pelas entrevistadas (P1, P3, P4, P6 e P7) foram a dificuldade de restabelecimento da confiança no outro e o medo de outro novo abandono, conforme ilustra o relato a seguir:

*A devolução vai ser mais um abandono e a dificuldade depois é de se envolver novamente e querer novamente outra família, é de acreditar, só que a criança quer, mas pode desenvolver uma defesa maior na formação de um novo vínculo, um sentimento de tristeza, as angústias depressivas (*P6).

Levinzon (2004) e Rodontaro (2002) apontaram que o sentimento de não ser amado pode incidir negativamente na autoestima e na autoimagem de crianças e de adolescentes. Nessa perpectiva, quatro participantes, P2,P3,P4 e P5 mencionaram a presença de sentimentos de rejeição, de abandono, de desvalorização ou de fracasso em crianças e adolescentes que retornam ao abrigo após a devolução:

..no geral, [estão] muito machucadas...é realmente uma reedição do abandono...(P4).

*...algumas vezes também podem se sentir assim, fracassadas, por não ter conseguido .. .(*P5).

A presença de ansiedades depressivas, como tristeza e culpa, e sentimentos de revolta, comportamentos agressivos e oposicionistas como fuga do abrigo foram destacados por quatro participantes. Algumas dessas participantes (P2, P3 e P5) também citaram outras manifestações de ansiedade como alterações de sono e de alimentação:

Tem aqueles que voltam revoltados porque, apesar de achar que a família não era aquela maravilha, mas, poxa, tive oportunidade, saí, mas que pena eu voltei... (P3).

...um sentimento de tristeza, as angústias depressivas...(P6)

...insônia, não conseguindo comer, se alimentar adequadamente...(P5).

Levinzon (2004) e Silva (2011) apontam que o medo de um novo abandono intensifica os sentimentos de raiva da criança, pois a hostilidade latente decorrentes de falhas ambientais anteriores tende emergir frente a novas experiências que reafirmam o sentimento de abandono. Muitas vezes as crianças institucionalizadas manifestam sua dor através de agressões físicas e verbais contra as outras crianças do abrigo, ou até mesmo por meio de fugas, o que também foi referido por algumas participantes e pela literatura (Orionte e Sousa, 2005).

3. Intervenções realizadas nas instituições de acolhimento (abrigos):

A respeito das intervenções realizadas pelas instituições de acolhimento, a maioria das participantes (P2, P3, P5, P6 e P7) destacou a necessidade de o abrigo oferecer uma escuta acolhedora e providenciar a intervenção psicológica continuada para os jovens devolvidos (P2, P3, P5):

O abrigo ele é uma instituição de acolhimento, ele precisa exercer esta função de acolher e ter um novo ritual de acolhimento quando esta criança está voltando e providenciar um atendimento psicológico pra criança. É no atendimento psicológico que isso vai ser cuidado pra que ela compreenda as questões que envolvem a devolução. (P6).

Os abrigos, eu sempre gosto de dizer isto, têm um papel muito fundamental e muito importante no cuidado com essas crianças acho que ele ocupa um lugar fundamental, na possibilidade de tentar ajudar a criança a processar tudo o que ela vive. (P7).

Os mesmos aspectos também foram destacados por autores que estudam a temática da devolução (Silva, 2011; Azôr & Vectore, 2008; Ghirardi, 2008; Oliveira, 2007; Orionte & Souza , 2005; Spina, 2001), Além disso, as participantes P3 e P7 também

ressaltaram a necessidade de preparo e treinamento dos profissionais das instituições de acolhimento para receber, observar e acompanhar crianças e adolescentes devolvidos (Azor & Vectore, 2008; Hecht e Silva, 2009; Oliveira, 2007).

4. Impacto da devolução na dinâmica institucional do abrigo:

De acordo com cinco participantes (P1, P2, P3, P6 e P7), a chegada de crianças e adolescentes devolvidos ao abrigo mobiliza frustração e ansiedade nos demais jovens abrigados, uma vez que eles se identificam com a condição de abandono. Em alguns casos, conforme mencionaram P3 e P6, essa situação também pode ser defensivamente negada por esses jovens que se comportam como se nada tivesse acontecido.

De acordo com as psicólogas enmtrevistadas, a chegada de crianças e adolescentes devolvidos mobiliza frustração, impotência e ansiedade nos profissionais que trabalham na instituição de acolhimento. Na literatura consultada (Ghirardi, 2008 e Spina, 2001) foi possível encontrar a descrição dos mesmos sentimentos vivenciados por crianças, adolescentes e profissionais da instituição.

5. Expectativas em relação às crianças e adolescentes devolvidos:

No que se refere às expectativas de futuro para crianças e adolescentes devolvidos, cinco participantes mostraram-se esperançosas com a possibilidade de elaboração do abandono. Por outro lado, as profissionais destacam a necessidade de medidas concretas para estimular a autonomia dessas crianças e adolescentes, uma vez que eles podem perder a oportunidade de obter uma nova família:

Nosso objetivo é que eles tenham no mínimo um curso profissionalizante, já que eles não tem mais a família, não tem mais a quem recorrer, que eles sejam totalmente independentes....

Duas participantes destacaram que apesar da dificuldade de constituir novos vínculos esses jovens devolvidos mostram-se esperançosos de ter uma família. Nessa perspectiva, Silva (2011) também refere que a criança abandonada tem o desejo de um dia ser objeto de amor de família.

6. Medidas preventivas:

Como medida preventiva para as devoluções, além do trabalho com os pretendentes, três entrevistadas (P2, P6 e P8) ressaltaram o melhor preparo de crianças e dos adolescentes para a adoção e duas (P1 e P6) profissionais citaram a necessidade de preparo dos funcionários para lidar com as questões cotidianas da institucionalização e das devoluções (Ghirardi, 2008; Paiva, 2009; Peiter, 2011; Oliveira, 2010).

Acho que melhorar as condições de trabalho, da adoção, a preparação tanto da criança quanto das pessoas que vão adotar. (P6).

Considerações Finais

O presente trabalho constatou que o principal motivo que pode culminar em uma devolução é o despreparo dos pais adotivos. Assim, torna-se imprescindível maior investimento na preparação de pais e, igualmente, de crianças e adolescentes para a adoção. O encaminhamento para psicoterapia é essencial para que esses jovens consigam elaborar suas perdas, seja em relação à família de origem, seja em relação a uma adoção fracassada.

O abrigo, ao receber crianças e os adolescentes após a devolução, desempenha uma função importante para minimizar os efeitos de adoções malsucedidas. Assim, é imprescindível que essas instituições possam proporcionar uma escuta acolhedora, sensível aos sentimentos mobilizados pela devolução, respeitando as necessidades individuais, a subjetividade e a história de crianças e adolescentes institucionalizados. Para isso, a preparação e o treinamento de toda a equipe para lidar com as especificidades do abandono, seja da família biológica, seja das devoluções após a adoção, é muito importante para reduzir os impactos negativos da (re)institucionalização.

A articulação eficiente da rede de proteção à criança e ao adolescente ainda é um desafio a ser superado. Assim, o intercâmbio eficiente de informações entre abrigos, serviços de apoio de saúde mental e o poder judiciário deve ser sempre uma meta a ser alcançada. No entanto vale lembrar que a institucionalização é sempre uma medida paliativa e o investimento em recursos e políticas públicas de educação, saúde, trabalho e moradia às famílias são, de fato, as medidas preventivas para evitar a institucionalização de crianças e adolescentes.

Em relação ao preparo dos adotantes, a implantação de acompanhamento familiar, de caráter obrigatório, no período pós-adoção poderia proporcionar às famílias a troca de experiências e da discussão de eventuais dificuldades. A realização de mais estudos sobre esta temática é de suma importância, pois representa um instrumento de orientação para o trabalho dos profissionais que atuam diretamente com essas demandas, bem como de reflexão para a prevenção das devoluções.

Referências:

Azôr, A. M. G. C. C. V &Vectore, C. (2008). Abrigar / desabrigar: conhecendo o papel das famílias nesse processo. *Estudos de psicologia,* Campinas. 25(1), 1-11. Recuperado em 04 abril, 2013, da SciELO: www.scielo.br

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bowlby, J. (1995). *Cuidados maternos e saúde mental* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Caregnato, R. C. A. &Mutti, R. (2006).Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 679-84. Recuperado em 16 março, 2013, da SciELO (ScientificEletrocnic Library Online): www.scielo.br

Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). Lei Federal 8069/90 de 13/07/1990. Brasília, DF: Ministério da Justiça.

Ghirardi, M. L. A. M. (2008). *A devolução de crianças e adolescentes adotivos sob a ótica psicanalítica: reedição de histórias de abandono*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Hecht , B. & Silva, R. F. P. (2009*). Crianças Institucionalizadas: A construção psíquica a partir da privação do vínculo materno*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia, Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

Levinzon, G. K. (2004). *Adoção*. São Paulo: Caso do Psicólogo.

Levy, L., Pinho, P. G. R. & Faria, M. M. (2009). “Família é muito sofrimento” um estudo de casos de “devolução” de crianças. *Revista Psico*, 40(1), 58-63. Recuperado em 17 março, 2013, da Revistas eletrônica PUC: www.revistaseletronicas.pucrs.br

Orionte, I. & Sousa, S. M. G. (2005). O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicologia em Revista*, 11(17), 29-46. Recuperado em 17 março, 2013, da Revistas eletrônica PUC: www.revistaseletronicas.pucmg.br

Paiva, L. D. (2008). *Adoção: Significados e Possibilidades*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Peiter, C. (2011). *Adoção Vinculos e Rupturas: Do Abrigo á família adotiva*. São Paulo: Editora Zagodoni.

Rotondaro, D. P. (2002). Os desafios de uma psicóloga no abrigo. *Psicologia: Ciência e profissão*. Brasília. 22(3),1-5. Recuperado em 11 abril, 2013, da SciELO (ScientificEletrocnic Library Online): www.scielo.br

Schettinni, S. S. M. (2007). *Filhos por adoção: um estudo sobre o seu processo educativo em famílias com e sem filhos biológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Silva , C. E. (2012). *Efeitos jurídicos e psicológicos da devolução de crianças adotadas.* Trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia, Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

Silva, M. R. (2011). *O lúdico no acompanhamento psicológico de crianças devolvidas pelos pais adotivos: Apresentação de caso clinico*. In Anais Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico, 2. São Paulo: Universidade Cruzeiro do Sul.

Spina, C. (2001). *Algumas reflexões sobre a devolução no processo de adoção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Winnicott, D. W. (2005). *Privação e delinquência* (4a ed.) São Paulo: Editora Martins Fontes.

POSSIBILIDADES DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE SURDO

BRUNA SETIN JANUÁRIO

MARÍLIA VIZZOTTO

Resumo

O presente estudo busca descrever uma experiência de atendimento psicológico clínico a pacientes surdos, identificando as adaptações técnicas feitas nesse processo. Assim, ante a necessidade do atendimento psicológico a 4 pessoas surdas, buscou-se adaptar as técnicas para que psicoterapia pudesse transcorrer de forma eficiente e, basicamente, houvesse uma adequada comunicação terapeuta-paciente. O acolhimento, a observação e a escuta diferenciada foram sempre privilegiados, porém introduziu-se a comunicação em LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais). Durante o processo de psicoterapia, pôde-se observar que conceitos como confiança (no próprio processo terapêutico) e compreensão (da própria comunicação), que pela natureza da própria surdez interferem diretamente nas relações interpessoais, foram fundamentais para o progresso da psicoterapia, pois favoreceu o vínculo positivo terapeuta-paciente. As dificuldades de comunicação fazem com que os surdos se isolem e sejam dependentes do ouvinte; fato que também os levavam a demonstrar comportamentos como agressividade e intolerância, tidos erroneamente como típicos de surdos. De modo que, a escuta e o acolhimento acrescido do conhecimento da sua língua materna, auxiliam na construção do vínculo e por sua vez na clarificação de conflitos (aceitação da surdez, divergências culturais e familiares). Entendemos, pois, que qualquer paciente, inclusive esses pacientes surdos, buscam recursos para lidar com as dificuldades que eles identificam em suas vidas; e a interação que se estabeleceu paciente-psicoterapeuta nesses 4 casos, caracterizou-se como um espaço de reflexão que foi facilitado pela comunicação específica de Libras, mas possibilitado pelos mesmos pilares da psicoterapia convencional: observação, acolhimento, escuta e estabelecimento de vínculo. Esse processo dialético possibilitou que fossem mostradas as representações internas que lhes davam sentido no mundo; de modo que a psicoterapia revelou-se como um processo de construção e transformação dado na relação paciente-terapeuta e mediado pela palavra (libras). Assim, essa experiência permitiu reflexões sobre o fazer psicológico na clínica com surdos e suas peculiaridades e possibilidades de promoção de saúde psicológica.

Palavras-chave: psicoterapia e surdez; comunicação em psicoterapia.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REPERCUSSÕES NO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

HILDA ROSA CAPELÃO AVOGLIA

FERNANDA MIEKO JORGE BUNIYA

VALESKA CARIOCA FRIZON

VICTORIA PEREIRA GARCIA

Resumo

Considerada uma das mais relevantes preocupações sociais nas mais diversas culturas, a violência contra crianças e adolescentes assume proporções endêmicas. Dados estatísticos apontam como sendo categorizada como uma questão de saúde pública. Deste modo, consideramos os comprometimentos na esfera comportamental, cognitiva, emocional e social dessas crianças. Nesse contexto, o estudo envolveu a análise de cinco prontuários de crianças de ambos os gêneros atendidas e um centro de referência da região do Grande ABC/SP, com o objetivo de identificar as possíveis implicações da violência doméstica no desenvolvimento psicossocial da referida população. O material analisado demonstrou a presença de sentimentos de culpa, desamparo e desconfiança, dificuldades no processo de socialização, atitudes defensivas assinaladas principalmente pelo comportamento regredido e comprometimentos na construção da imagem corporal. Os resultados assinalam ainda a importância de ações preventivas e promotoras de saúde, realizadas de modo integrado, voltadas tanto à criança quanto a sua família e sua escola necessidade de investimentos políticos, científicos e sociais no atendimento à vítima e sua unidade familiar, assim como na prevenção da violência.

Palavras chaves: violência doméstica, desenvolvimento psíquico, prevenção.

Introdução

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde elaborado por Dahlberg e Krug (2002), a pedido da Organização Mundial da Saúde define violência como *“o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra*

um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (DAHLBERG, KRUG, 2002, p. 1165).

O mesmo autor afirma ainda que a violência pode ser subdividida em três amplas e distintas categorias, a depender da forma como é empregada:

1) violência autodirigida, que consiste nas agressões voltadas a si mesmo, como os comportamentos suicidas ou de auto-agressão;

2) violência coletiva, realizada em contextos macrossociais, por países ou grandes grupos, motivados por questões sociais, econômicas ou políticas;

3) violência interpessoal, que consiste na violência de família, ou violência doméstica, ênfase da presente pesquisa, que é cometida entre parceiros íntimos ou membros que convivem no mesmo espaço familiar. Abarca também a violência na comunidade, designada pela violência entre sujeitos que não possuem vínculos pessoais, ocorrendo comumente fora do ambiente familiar (DAHLBERG, KRUG, 2002).

Especificamente no contexto da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Azevedo e Guerra (1998, p.177) conceituam-na como sendo:

> *"Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescente que – sendo capaz de causar dano físico, sexual, e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento".*

Apesar de ser considerado um problema de saúde pública, e dos esforços empregados nas últimas décadas, voltados à compreensão e à prevenção da violência doméstica, o Brasil não dispõe de estatísticas oficiais acerca do fenômeno, e tampouco realiza pesquisas sistemáticas a esse respeito. Neste contexto de carência de dados, estes, quando veiculados, aparecem de forma fragmentada, dificultando uma real percepção desta modalidade de violência. Ainda, há que se considerar que as denúncias efetivamente notificadas constituem a "ponta de um *iceberg*", já que é sabido que a maior parte dos casos de violência doméstica jamais são denunciados junto aos órgãos competentes, permanecendo sujeitos ao complô do silêncio, do qual compactuam as

vítimas, os agressores, os parentes, os vizinhos, os profissionais e a sociedade (TARDIVO, PINTO JUNIOR, SANTOS; 2005; AZEVEDO, GUERRA, 2004).

Segundo Day, Zoratto, Azmbuja, Machado, Silveira, Debiaggi, Reis, Cardoso e Blank (2003), existe uma propensão a desvalorizar os impactos que a violência doméstica contra crianças e adolescentes podem exercer ao longo de seu desenvolvimento. Acredita-se que os efeitos são transitórios, e que tendem a desaparecer no curso do crescimento. Contudo, segundo o referido autor, a literatura tem demonstrado que as repercussões da violência acompanham o sujeito durante toda a sua vida, e que suas consequências podem ser catastróficas.

Alguns dos diversos comprometimentos que a violência doméstica pode provocar na criança, argumentam Day *et all* (2003) são os sentimentos de raiva e culpa, o isolamento social, as ideações suicidas e homicidas, além de comportamentos agressivos, quadros de depressão e ansiedade, distúrbios psiquiátricos.

Ainda neste sentido, a pesquisa realizada por Tardivo, Pinto Junior e Santos (2005), investigou os aspectos psicodinâmicos de crianças vitimizadas através do Teste das Fábulas de Düss, e demonstrou que, entre outros aspectos, as figuras materna e paterna são comumente percebidas como ameaçadoras, e que a tendência verificada é o afastamento das figuras que as vitimizam.

Assim, nosso objetivo se volta para a descrição e análise do perfil psicológico de crianças vítimas de violência doméstica, além de propor estratégias integradas de promoção à saúde, pertinentes a realidade estudada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo documental, baseado na análise de 5 prontuários de crianças atendidas no Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), no período de janeiro a dezembro de 2011. O material consultado se referiu a crianças de ambos os gêneros, em idade escolar, ou seja, entre 7 e 10 anos e com frequência mínima de 50% aos atendimentos.

A seleção dos prontuários seguiu os critérios de inclusão estabelecidos na caracterização da amostra. Para cada prontuário, os dados referentes à identificação das

crianças e suas famílias, foram sistematizados e descritos, e as entrevistas, analisadas qualitativamente a partir de uma perspectiva psicanalítica. Os testes projetivos gráficos contidos no material foram interpretados conforme os indicadores padronizados por Van Kolck (1984), Hammer (1991) e Buck (2003).

Posteriormente, a totalidade dos dados foram integrados constituindo-se assim, uma síntese qualitativa para cada um 5 dos casos analisados. A seguir, o estudo previu a análise conjunta do total das sínteses de cada um dos prontuários estudados.

RESULTADOS

Em quatro famílias, as crianças que estavam sob os cuidados de suas genitoras, foram vítimas de negligência e outras formas de violência. Contudo, as crianças avaliadas não tinham à disposição um ambiente emocional favorável ou figuras vinculares representativas, que exercessem de fato, as funções que lhes competiam. A despeito da fragilizada inserção socioeconômica das famílias estudadas, a violência doméstica não constitui problema intrínseco à pobreza. Todavia, há que se considerar que as classes pobres estão expostas a situações de maior vulnerabilidade social, o que pode contribuir para o elevado índice de violência verificado nessa população, uma vez que, variáveis socioeconômicas e culturais podem atuar como facilitadoras da eclosão da violência.

A agressividade é comumente apresentada por vítimas de violência doméstica, já que existe uma tendência em reproduzir nas relações interpessoais o mesmo padrão violento de relacionamento vivenciado no contexto doméstico. O esfacelamento dos vínculos familiares pode estar associado ao profundo desamparo e desconfiança identificados nas crianças aqui avaliadas, bem como a necessidade de afeto que demonstraram.

Os resultados do presente estudo podem contribuir com a prática clínica infantil, não apenas no que tange a atuação do psicólogo, como também de outros profissionais da saúde e da educação, fornecendo informações que subsidiem a compreensão da dinâmica apresentada pela vítima e que aliviem seu sofrimento psíquico.

Destaca-se a importância de espaços como a escola e os serviços de saúde que forneçam subsídios para a compreensão do processo de desenvolvimento das crianças

vítimas dos mais diversos tipos de violência bem como para a construção de ações que visem o alívio do sofrimento decorrente dessa condição.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (1998). **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (2004). Um cenário em (des)construção. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Disponível em: <http://www.unicef.org>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BUCK, J. N. (2003). **H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação.** São Paulo: Vetor.

CENTRO REGIONAL DE ATENÇÃO AOS MAUS TRATOS NA INFÂNCIA. (2012). **Missão e Visão**. Disponível em: < http://crami.org.br/>. Acesso em: 21 mar. 2012.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. (2002). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 mar. 2012.

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. (2003). Violência doméstica e suas manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, 25, 9-21. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 mar. 2012.

HAMMER, E. F. (1991). **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TARDIVO, L. S. P. C.; JUNIOR, A. A. P.; SANTOS, M. R. (2005). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de Düss. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, 6(1), 59-66. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 mar. 2012.

VAN KOLCK, O. L. (1984). **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO EM PROCESSO DE APOSENTADORIA E DO APOSENTADO

MARIA ESMERALDA MINEU ZAMLUTTI

LEILA CRISTINA S. SOARES

MILENA CRISTINA FREITAS

TATIANE DORNELAS CAMPOS

Resumo

A aposentadoria é um momento na vida do idoso rodeada de impasses. O objetivo geral desta pesquisa foi verificar a influência que o afastamento do trabalho por aposentadoria tem sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida ao idoso. Como objetivos específicos determinou-se: analisar a perspectiva de vida dos idosos durante e depois da aposentadoria; as relações interpessoais do idoso; e a situação de saúde do idoso. Método: participaram dezoito idosos, escolhidos por conveniência, divididos em: grupo A - idosos aposentados e grupo B - idosos próximo ou iniciando a aposentadoria. Utilizou-se um questionário sóciodemográfico, o teste MEEM e o instrumento WHOQOL-OLD. Foram feitas análises qualitativa e quantitativa. Foi feita mensuração do instrumento WHOQOL-OLD, utilizando-se de Média e Desvio Padrão. Notou-se que o idoso aposentado apresentou mais intensidade em pensamentos ligados à morte e morrer e às atividades passadas, presentes e futuras. Nas relações interpessoais, verificou-se que o grupo B apresentou melhor qualidade de vida no que se diz respeito à relação íntima. Não foi identificado entre os grupos discrepância quanto aos cuidados com a saúde. Nos idosos em geral a percepção de autonomia e funcionamento do sensório apresentou-se acima da média.

Palavras chave: Aposentadoria. Qualidade de Vida. Idosos.

Introdução

O trabalho é considerado por muitos uma obrigação do individuo para manter sua dignidade. A sociedade julga quem não atua de acordo com a ética social, e isso afeta, muitas vezes, aqueles que já trabalharam e por direito conseguiram a aposentadoria. No entanto tais indivíduos sentem-se vitimas desta ética, incompletos ou inúteis por estarem longe do mercado de trabalho (Souza, Matias e Bretas, 2008).

Os mesmos autores não enxergam a aposentadoria como um direito que foi conquistado pelos anos de trabalho, mas como uma mudança do papel social, que por sua vez é estigmatiza pela desvalorização econômica e social que proporciona ao individuo, o que engloba a questão do envelhecimento.

Envelhecer demanda cuidados individuais e sociais que são caracterizados por recursos básicos como saúde, habitação, educação entre outros. Tais recursos, no processo de envelhecimento, deixa a marca do tempo da nossa historia em nosso corpo (Moreira, 2011). Para Neri (2007). O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial ascendência, por isso compreender os fatores que permitem uma boa qualidade de vida às pessoas idosas é dever de todas as ciências que enfoquem a sociedade, a fisiologia, a anatomia humana e a psicologia. Ainda para a mesma autora, o envelhecer com qualidade de vida, está na dualidade equilibrada entre impossibilidades orgânicas e as capacidades existentes de superação, para que os indivíduos consigam lidar com resiliência as delimitações que a idade proporciona.

Na transição para a aposentadoria pode ocorrer duas perspectivas: uma é a possibilidade de descanso remunerado, que proporcionará mais tempo aos interesses pessoais e familiares, e outra, que é menos otimista e implica na redução da capacidade financeira, perda de vínculos afetivos do ambiente de trabalho, perda de status profissional, além de sentimentos de inutilidade e insegurança (Zanelli, 2012).

Compreender o contexto da população aposentada é essencial, principalmente ao profissional de psicologia que pretende trabalhar com essa perspectiva, e para isso é necessário estar ciente de que o índice de aposentadorias aumentou, pois a média de vida se elevou e com isso as pessoas estão vivendo mais tempo na condição de aposentadas, mesmo que a situação econômica e os serviços básicos necessários ainda não sejam satisfatórios. Há muitos aposentados que ainda trabalham para garantir uma melhor condição de existência, embora existem aqueles, que mesmo com uma aposentadoria que proporcione uma estabilidade financeira, não conseguem se afastar do trabalho devido às mudanças psicológicas a que esta condição remete (Costa e Soares, 2009).

Considerando que o número de aposentadorias cresceu, é perceptível uma parcela de idosos que prezam a qualidade de vida nessa fase, pois viver cada vez mais é o desejo da maioria das pessoas. Entretanto, o desafio é conseguir a longevidade somada à qualidade de vida, fator que está relacionado ao âmbito das ciências biológicas, psicológicas e sociais (Silva & Alves, 2007).

A aposentadoria é um momento na vida do idoso rodeada de impasses, que conectados entre si, podem afetar diretamente sua qualidade de vida. Compreender os aspectos norteadores do idoso é um passo para entender como ele reage a estes aspectos, o que facilita aos profissionais que atuam com esta população entender suas vivencias, angustias e cotidiano (Alvarenga, Kiyan, Bitencourt e Wanderley, 2009).

Objetivo Geral

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a influência que o afastamento do trabalho, por aposentadoria, teve sobre as condições que permitiam uma boa qualidade de vida na população idosa, observando-se estas condições no âmbito da saúde, satisfação, autonomia e relações interpessoais.

Objetivos Específicos

a) Analisar a perspectiva de vida dos idosos durante e depois do processo de aposentadoria;

b) Verificar as relações interpessoais dos participantes;

c) analisar a situação de saúde dos participantes.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 18 pessoas escolhidas por conveniência, divididas em dois grupos. O primeiro grupo, denominado de Grupo A, foi composto por idosos que estavam próximos ou iniciando os trâmites da aposentadoria; o segundo grupo, denominado de Grupo B, foi composto por idosos que já estavam aposentados. Os critérios de inclusão utilizados foram: para o Grupo A- a) aposentados pelo Serviço Público Estadual ou pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), tendo efetivamente trabalhado, seja em regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) ou na qualidade de autônomo; b) idosos residentes na Região metropolitana de São Paulo; c) idosos com formação no ensino fundamental; para o Grupo B- idosos aposentados, que se encontravam nesta situação por no mínimo um ano.Os critérios de exclusão utilizados foram: a) idosos que estavam acamados e b) idosos que apresentaram deficiência cognitiva, atestada pelo teste MEEM (Mini Exame do Estado Mental).

Material

Os dados sociodemograficos buscaram caracterizar a condição de vida dos participantes população e um questionário composto por 15 (quinze) perguntas, elaborado pelas pesquisadoras, que buscou levantar questões sobre a distribuição etária, gênero, suporte social, cuidados de saúde, religião, nível de escolaridade e nível socioeconômico. No questionário constou a informação sobre o sigilo absoluto, afirmando-se que as informações fornecidas seriam utilizadas somente para complementar à análise da pesquisa.Para definir o critério "b" de exclusão utilizou-se o teste MEEM (Mini Exame do Estado Mental), que avaliou a função cognitiva, os domínios de orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho (Ministério da Saúde, 2007). Utilizou-se, também, o instrumento de coleta de dados WHOQOL-OLD, desenvolvido pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), e que tem por objetivo medir a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças causaram em suas vidas e suporte para uma pesquisa transcultural que comparou o envelhecimento doente com o envelhecimento saudável. Este Questionário é composto de 24 itens, com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em quatro facetas, com questões sobre domínio físico, domínio psicológico, nível de independência e relações sociais (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, 1999).

Procedimento

Com respeito aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu (CEP/USJT). Os idosos foram escolhidos por conveniência em locais públicos e a eles foram apresentados, de forma clara, o objetivo do presente estudo. A aplicação da pesquisa foi agendada individualmente, com certa antecedência, no local escolhido pelo idoso. Os participantes preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foram expostos os procedimentos, bem como os riscos mínimos e benefícios da participação. As pesquisadoras colocaram-se à disposição para qualquer esclarecimento. Em seguida foi aplicado o questionário sóciodemográfico, com duração aproximada de 10 (dez) minutos, foi aplicado o instrumento MEEM, para triagem dos participantes, com duração aproximada de 10 (dez) minutos. Obtendo a pontuação mínima requerida na avaliação neuropsicológica, foi aplicado o instrumento WHOQOL-OLD, com a duração aproximada de 60 (sessenta) minutos.

Resultados e Discussão

Para analisar a perspectiva de vida dos idosos aposentados e em processo de aposentadoria apresentadas nas tabelas, foram utilizadas as seguintes facetas do instrumento Whoqol-old: preocupação com a morte e morrer e atividades passadas, presentes e futuras.

Constatou-se que no Grupo A, composto por aposentados, referente à preocupação com a morte e morrer, a média de 3,67 e desvio padrão de 1,33 e no Grupo B, composto por não aposentados, a média de 3,61 e desvio padrão de 0,94.

Nesse estudo o gênero feminino obteve maior participação, o crescimento desta população, seja o idoso do gênero masculino ou feminino, deve-se às condições e hábitos de saúde que avançaram nos últimos tempos. Pode-se sugerir que o fato dos idosos viverem mais tem gerado ansiedade, envolvendo a expectativa que carregam com a vida, expectativas ligadas à família, trabalho, saúde e também à morte. Considerando a amostra de idosos aposentados, é notável que oscile essa ansiedade, pois muitos continuam trabalhando.

Dentro desta perspectiva os idosos não aposentados têm se garantido no trabalho por mais tempo, porque de acordo com os dados coletados no questionário sóciodemográfico, complementam a renda da família e se sentem úteis. O idoso aposentado procura ajudar a família com tarefas domésticas ou fazendo artesanatos, atuando de forma informal para complementar o valor que recebe da aposentadoria.

Constatou-se que no Grupo A, composto por aposentados, à participação social obteve como resultado a média de 4,00 e desvio padrão de 0,66 e no Grupo B, composto por não aposentados, a média de 3,75 e desvio padrão de 0,41.

O grupo A, composto por aposentados, apresenta maior satisfação na participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade entre os grupos.

Quanto ao último objetivo, foi perceptível tanto nos idosos aposentados quanto nos idosos em processo de aposentadoria, preocupação com a saúde, pois dentre eles a maioria vai ao médico periodicamente. Foi verificado, também, que nos aposentados a média do funcionamento do sensório foi de 3,75 com desvio padrão de 0,96, e quanto à autonomia teve uma média de 4,06 e desvio padrão de 0,70. Referente aos idosos não aposentados, o funcionamento do sensório obteve uma média de 3,81 com desvio padrão de 0,82, e quanto à autonomia constatou-se uma média de 4,06 com desvio padrão de 0,63. Nos idosos em geral a percepção de autonomia e funcionamento do sensório apresentou-se acima da média.

Conclusão

De modo geral pode-se concluir que esta pesquisa muito acrescentou em nossas experiências como pesquisadoras, pois nos deu a oportunidade de conhecer idosos que dividiram suas experiências conosco.

Em relação aos resultados obtidos com a análise dos dados do questionário sociodemográfico, algumas observações merecem ser feitas: enquanto o grupo de aposentados apresentou maior satisfação com as conquistas na vida e coisas que anseiam e maior inquietação e temores com a morte e o morrer, o grupo de não aposentados mostrou que a morte e o morrer não são a ideia de preocupação.

Pode ser observado que idosos aposentados vivenciam com mais intensidade atividades passadas, presentes e futuras, por terem mais tempo ocioso para alimentar estes pensamentos. Já no grupo de não aposentados o pensamento principal são os planos com a aposentadoria, embora eles não deixem de pensar no passado e no presente.

Pode-se compreender que nesse estágio caracterizado pela última etapa de suas vidas, os participantes tanto do grupo A e grupo B da pesquisa, vivem um momento marcado por expectativas futuras, que podem estar relacionadas a como será que eles estarão daqui alguns anos? até que idade irão viver? se irão depender dos filhos? se ficarão em casa de repouso,? se terão a revisão da aposentadoria? entre outros anseios que são presentes.

Notou-se, nas entrevistas realizadas, que seja o idoso aposentado ou ainda trabalhando, enquanto alguns procuram ocupar-se de atividades de lazer, cuidados com a família ou cuidados com cachorros, outros idosos ficam reclusos, ou seja, não demonstram vontade para fazer qualquer coisa, seja em atividades de lazer ou cuidados com a família.

O grupo A, composto por aposentados, apresenta maior satisfação na participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade entre os grupos. No levantamento dos dados sociodemográficos verificou-se que este grupo também participa de mais atividades em grupo, como alguns entrevistados exemplificaram, que vão à igreja e participam de caminhadas em grupo.

Quanto mais ativa as pessoas se mantêm no decorrer de sua vida, melhor elas envelhecem, assim, a aposentadoria, a perda do companheiro, o afastamento dos filhos e as limitações impostas por doenças, podem trazer prejuízos à qualidade de vida do idoso, causando-lhe a perda do desempenho de suas funções e de seu papel social.

Grupos de suporte social proporcionam ao idoso o convívio com suas limitações, sem que prejudique seu exercício como sujeito socialmente ativo. Assim, o suporte social pode

contribuir para reforçar o sentimento de valor e crescimento pessoal, minimizando os sentimentos de solidão e abandono. O grupo dos aposentados apresentou maior participação social em relação aos não aposentados, no entanto os participantes demonstraram saudosismo da época em que trabalhavam, principalmente em relação à condição financeira.

Verificou-se que os idosos em processo de aposentadoria se sentem bem trabalhando, mas o que os motivam a continuar é a necessidade financeira, pois sabem que quando a aposentadoria chegar será importante estarem estabilizados financeiramente.

A pesquisa mostrou que o grupo composto por não aposentados possui maior satisfação na manutenção de seus relacionamentos íntimos, como era esperado, devido à análise sociodemográfica apontar que o grupo de aposentados conta com seis indivíduos viúvos e o grupo de não aposentados com oito casados.

O envelhecimento traz modificações importantes no que se refere a aspectos físicos e emocionais, porém os sentimentos e as sensações não sofrem deterioração. O desejo sexual se mantém presente em todas as fases da vida.

A afetividade é um dos determinantes para a geração de qualidade de vida dos seres humanos. O individuo cuida do outro e se dá a oportunidade de ser cuidado e tem alguém para afiliar-se em momentos de crise.

Fatores sociais e culturais influenciam no modo com que as pessoas vivem a sua sexualidade. A censura por parte dos familiares é um dos fatores mais marcantes para que o idoso viúvo não volte a se relacionar. Mitos e crenças 9 preconceituosas alimentam o conceito de que os idosos não têm mais a capacidade d desfrutar da sexualidade.

Não foi observada grande diferença entre os dois grupos a respeito do funcionamento do sensório e autonomia, pois,ambos os grupos têm autonomia e de certa maneira bom funcionamento do sensório, apesar das perdas gradativas que a idade proporcionou. No entanto foi verificado que os idosos aposentados são sensivelmente mais autônomos financeiramente que os que estão em processo de aposentadoria e vão mais ao médico de forma periódica. Foi identificado que os idosos aposentados são significativamente mais adeptos de atividades e grupos sociais que os idosos em processo de aposentadoria.

Referências

ALVARENGA, L. N; KIYAN, L.; BITENCOURT, B. e WANDERLEY, K. S. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso, **Revista Esc. Enfermagem – USP,** São

Paulo, v. 43 n. 4, p. 796-802, dez./2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400009>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2014.

COSTA, A. B. & SOARES, D. H. P. Orientação psicológica para a aposentadoria, **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9 n. 2, p. 97-108, dez/2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572009000200009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2014.

MOREIRA, J. O. Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 541-550, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a05v16n4.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida e Idade Madura,** Edição 7ª. Campinas: Papirus, 2007.

SILVA, A. I. & ALVES, V. P. Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. História de vida de idosos: superar as adversidades sem perder o senso de integridade, **Revista Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 14, p. 191-209. jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>. Acesso em: 10 de março, 2012.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A. e BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, mar./2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014. 10

ZANELLI, J. C. Processos Psicossociais, bem-estar e estresse na aposentadoria. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Joinville, v. 12, n. 3, p. 329-340, set./dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n3/v12n3a07.pdf>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2014.

O TRABALHO DO PSICÓLOGO EM EQUIPES DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À GESTANTES COM DIABETES MELLITUS

LÍVIA MARIA RAMOS BATISTA

RESUMO

Estudos demonstram a correlação entre a adaptação ineficaz de pacientes diabéticos com o mau controle glicêmico. O controle glicêmico adequado minimiza os riscos para a mãe, o feto e riscos neonatais, salientando a importância de uma atuação transdisciplinar que inclua o psicólogo. A articulação de diversas profissões de saúde em trabalho multidisciplinar sistematiza o trabalho, diminuí os custos e aumenta os resultados. O SUS operacionaliza-se através da construção de espaços para intercâmbio e produção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e com atuação transdisciplinar; disponibilizando períodos de tempo dedicados a discussão de projetos terapêuticos. Foi realizada uma busca por literaturas acadêmicas no portal de busca integrada SIBI (Sistema integrado de bibliotecas Universidade de São Paulo) e nas seguintes bases de dados: BVSpsi, PsycBOOKSc, PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, e no Web of Knowledge, que abrangessem a atuação do psicólogo em equipes de saúde na discussão de casos de gestantes com diabetes mellitus. Não foram encontrados trabalhos relevantes. Apesar dos grandes benefícios para a gestante com diabetes mellitus trazidos pelo encontro e dos diversos saberes, através de trabalho em equipe multidisciplinar, poucas pesquisas têm sido realizadas sobre este tema. Não foram encontrados trabalhos científicos específicos sobre reunião em equipe ou discussões em equipe multiprofissional do atendimento à gestante diabética. Pode-se encontrar relatos da vivência de gestantes no atendimento multiprofissional e diversas pesquisas sobre esses atendimentos por equipes interdisciplinares, porém nem sempre está incluso o psicólogo. A contribuição das diversas profissões de saúde em equipe multidisciplinar traz vantagens, permitindo um projeto terapêutico singular com planejamento para um atendimento integral, beneficiando a saúde da gestante de uma forma mais ampla, assim como a saúde do feto e futuro bebê. A falta de pesquisas realizadas na área demonstra a necessidade de psicólogos pesquisadores que possam contribuir para o incremento cientifico deste tema, estudando com maior profundidade o trabalho das equipes de saúde.

Gestação, transição existencial e maternidade

Segundo Maldonado (Maldonado, 2002), a maternidade é um momento no qual novas adaptações são imprescindíveis, devido às transformações no papel social e redefinições interpessoais e intrapsíquicas. A gravidez requer a reorganização e regulação de diversos aspectos. Além de filha e mulher, a gestante passará a ser mãe. Dessa forma, a mudança de identidade pode trazer à tona antigos conflitos de relacionamento.

Conforme (Zagoneli, Martins, Pereira, & Athayde, 2003) a maternidade é uma vivência de transição ao papel materno, que só ocorre e finaliza-se com a adaptação a essa nova realidade. A mulher precisa dispor de recursos internos e externos (que nem sempre estão disponíveis), para superar as situações difíceis, que aparentemente são impossíveis sem o apoio social (Rapoport & Piccinini, 2011; Zagoneli et al., 2003).

A gravidez pode propiciar maior união e aprofundamento no relacionamento do casal, contudo, pode desestabilizar uma relação fragilizada, acarretando ameaça à estabilidade emocional (Maldonado, 2002). A transição atravessada pelos casais pode trazer transformações positivas ou negativas para o relacionamento conjugal, conforme a qualidade da relação. Caso exista um consistente envolvimento emocional, este é aprofundado, gerando respostas de apoio ao cônjuge. Contudo, se a transformação for impactante, e houver distanciamento afetivo, ocasionará a não preservação da conjugalidade (Menezes & Lopes, 2007).

Além das transformações psíquicas e fisiológicas, também fatores socioeconômicos são alterados. Na sociedade moderna a mulher trabalha fora e contribui para a renda doméstica. Ela possui outras ambições além de ser mãe. A vinda de um filho interfere no desenvolvimento profissional da mulher, além de causar, muitas vezes, privações financeiras (Maldonado, 2002).

Rapoport e Piccinini (2011) relatam que em nossa sociedade é mistificada a vivência de ser mãe, visto apenas em seus aspectos positivos e gratificantes, contudo coexistem sentimentos ambivalentes. Além disso, todas estas questões podem gerar frustração, raiva e ressentimento (Maldonado, 2002)

A maternidade pode ser um período de transição existencial, implicando em transformações significativas, reestruturações e aprendizagens; sem necessariamente ser um período de crise. Contudo, se for mais “dramático”, e sentido como uma “encruzilhada” emocional, a mulher pode vivenciar um período de crise, no qual entrará “num estado temporário de equilíbrio instável, em busca de novas soluções” (Maldonado, 2002, p. 24).

Diabetes mellitus na gestação

O Ministério da Saúde (2011) adverte que o diabetes melittus (DM) é um problema de saúde pública, devido sua alta taxa de prevalência, que para as mulheres é de 6%. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) relata em suas diretrizes, que de 12% a 13% (ao ano) das gestantes desenvolvem diabetes mellitus gestacional (DMG); que 0,1 % (ao ano) das gestantes possuem diabetes mellitus tipo 1(DM1) e; 2% a 3% (ao ano) das gestantes possuem diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

O diabetes pré-gestacional, seja ele tipo 1 ou 2, é mais grave, afetando o organismo desde a concepção e toda a organogênese, aumentando os riscos para a mãe e para o feto. Os riscos para o feto ocorrem principalmente devido ao controle glicêmico inadequado e incluem: aborto espontâneo, má formação fetal e retardo no crescimento fetal (Ray, O'Brien, & Chan, 2001). Para a gestante também existem riscos aumentados. Quando a mulher diabética engravida e já possui previamente retinopatia e/ou nefropatia, essas codições podem ter uma piora considerável (Diabetes Control and Complications Trial Research Group,(2000).

Na mulher com DMG, apesar da menor gravidade da patologia, existem riscos, principalmente para o feto e futuro bebê. O feto pode ter tamanho e peso aumentados, o que acentua a possibilidade de desenvolver obesidade no futuro e desenvolvimento psicomotor mais lento. Há também, o risco de hipoglicemia neonatal (Biri et al., Jun 2009). Todos os riscos podem ser minimizados através de um controle glicêmico adequado (Chaves et al., 2010; Golbert & Campos, 2008).

Em uma pesquisa foram comparados o psiquismo de 100 gestantes diabéticas com gestantes não diabéticas. Wutke (2009) relata, que as gestantes diabéticas apresentaram maior regressão psíquica e predomínio do uso de defesas do ego imaturas e desadaptativas, além de mais sintomas de transtornos mentais. Descreve também os resultados positivos de grupos de sala de espera, nos quais as gestantes podiam se expressar e desta forma veicular seus medos e angustias que impedem condutas mais adaptativas.

Barbosa, Duarte e Santos (2012), em um estudo de caso, descrevem o atendimento de uma gestante com DM1, através de 5 sessões de psicoterapia breve de orientação psicanalítica. Relatam a importância para a paciente em se sentir vista, valorizada e acolhida em suas angustias.

Em uma dissertação na qual foi estudado o psicodinamismo de 10 gestantes com diabetes pré-gestacional (DM1 e DM2), através de entrevista psicológica semi-estruturada e o Teste de Apercepção Temática (TAT), foram encontradas características comuns entre as mulheres estudadas, principalmente em relação ao conteúdo de seus medos. Verificou-se que as gestantes diabéticas regridem precocemente o que levou à hipótese de que a preocupação materna primária (conceito winnicottiano) é aumentada, devido à preocupações constantes que a gravidez de alto risco acarreta e ao devotamento aumentado ao bebê (Ferreira, 2009).

Heleno (2000) em uma pesquisa que utilizou como instrumento a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e O Teste das Relações Objetais de Phillipson, relata a forte correlação existente entre a eficácia adaptativa, o equilíbrio interno do ego com a qualidade do controle glicêmico. Quanto melhor a adaptação geral do indivíduo, melhor o controle glicêmico. Também é melhor o controle glicêmico quando as relações de objeto são positivas.

Durante a gestação é comum sentimentos ambivalentes como auto-estima, medo, auto-afirmação e insegurança. O fato da gestante com DMG necessitar de maior atenção com a própria saúde (como fazer glicêmia, cuidar dos horários da alimentação e tomar insulina) causa uma maior tensão psicológica, gerando alterações no comportamento, aumento da sensibilidade e irritabilidade emocional (Bezerra, Carvalho, & Sobreira, 2001).

Também questões financeiras podem interferir na adaptação da gestante a nova realidade “com a DMG”. Comprar seringas, insulina, fitas reagentes, glicosímetro aumenta os gastos da família e podem acarretar prejuízos reais (Bezerra et al., 2001).

Bezerra et al. (2001) relatam que as mulheres com DMG sentem-se muito temerosas e surpresas com o diagnóstico da doença, com receio do que poderia ocorrer a elas e ao bebê. A fantasia de que o bebê venha a ser diabético ou nascer desforme estão presentes no discurso das gestantes.

Hayden et al. (2012), demonstra o impacto do diabetes associado à depressão durante a gravidez, no desenvolvimento infantil. Sugere que o tratamento da depressão através da terapia cognitiva tem um efeito benéfico sobre os resultados do desenvolvimento infantil.

Durante a produção do projeto de pesquisa para o mestrado no Departamento de Psicologia do IP-USP, surgiu a ideia de pesquisar gestantes com Diabetes Mellitus, foram realizadas duas visitas à Clínica de Obstetrícia do HCFMUSP, para que a pesquisadora

pudesse conhecer melhor estas pacientes, aprofundar os conhecimentos na área e ouvir sugestões dos médicos e psicólogos que atendem essas pacientes. Foi percebido interesse por parte dos profissionais da saúde na realização da pesquisa com gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo 1, devido a necessidade dessas mulheres.

Foi relatado por estes profissionais que as gestantes com diabetes mellitus tipo 1 possuem mais dificuldade na adesão ao tratamento, devido as mudanças na manutenção do diabetes e na dificuldade destas pacientes em aceitarem que o controle glicêmico realizado anteriormente não é mais eficaz, além da presença da crença de que o bebê está "roubando" sua glicose. Há prevalência de sentimentos ambíguos com relação ao feto e consequente dificuldade de vínculo.

Apesar das pacientes portadoras de diabetes mellitus tipo 1 saberem dos riscos existentes para o feto, futuro bebê e para elas próprias, engravidam, precisando assumir para si mesmas a responsabilidade dos riscos. Todas estas questões contribuem para conflitos psíquicos aumentados. As gestantes que desenvolvem a diabetes durante a gravidez não passam por este conflito. Contudo, a diabetes gestacional pode ser controlada, na maioria dos casos, somente através da dieta adequada o que minimiza os riscos para o feto e para a gestante. Questões psicológicas e o funcionamento psicodinâmico interferem no controle da diabetes o que salienta a necessidade de contribuições do psicólogo hospitalar tanta para a mulher com DMG, quanto para gestante com DM1.

Devido à grande influência dos aspectos psíquicos envolvidos na gravidez e ampliados quando a mãe é portadora de DM, podem ser de grande valia as contribuições do psicólogo hospitalar no contexto de equipes interdisciplinares. Considerando o conteúdo exposto, mostra-se necessário o trabalho em equipes multiprofissionais que possibilitem um projeto terapêutico singular com atendimento integral da gestante com DM, beneficiando sua saúde de uma forma mais ampla, assim como a saúde do feto e futuro bebê.

O trabalho em equipes de saúde

Segundo Peduzzi (2009) o trabalho em equipe surge de três conceitos básicos: Conceito de integração; a transformação do conceito de saúde que passa da concepção de unicausalidade para multicausalidade; e as alterações no trabalho em saúde que

passam a ter a tendência de ampliar os objetos de intervenção, redefinição nos objetivos do trabalho e introdução de novas tecnologias.

Peduzzi (2009) relata que a partir de 1946 a Organização Mundial da Saúde passa a se basear no conceito multicausal de saúde, no qual ela é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade (OMS, 2002). As práticas de saúde começam a se orientar pela busca da prevenção de doenças e tratamentos integrais das patologias (Peduzzi, 2009).

Apesar da ideia de equipes de saúde ter sua essência na noção de atenção integral ao paciente, ela permanece centralizada no tratamento médico ao qual é adicionado tratamento de outras especialidades. O trabalho em equipe vêm para suprir a necessidade de integração das especialidades e profissões da área de saúde (Peduzzi, 2009).

Peduzzi (2009) clarifica a importância da substituição do modo do trabalho no qual diversos profissionais são atuantes de forma isolada e independente, para uma verdadeira atenção integral, no qual o trabalho em equipe é a ideia central. É através do trabalho em equipe que se dá a conexão de diversas profissões da saúde e especialidade médicas.

Na atualidade há um consenso em torno do ‘trabalho em equipe’ no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde (Peduzzi, 2009, p. 275).

O trabalho em equipe vem de encontro com a necessidade de enfrentar o processo de especialização, propiciando a articulação entre os diversos saberes. Todavia, na teoria e na prática, existem duas conceituações distintas encontradas por Peduzzi (2001): Equipe integração de trabalhos e equipe agrupamento de agente.

Na equipe agrupamento de agentes não há articulação dos saberes, sendo caracterizada pela fragmentação: comunicação externa ao trabalho e estritamente pessoal, diferenças técnicas e especificidade dos trabalhos especializados, autonomia técnica plena ou ausência de autonomia técnica (Peduzzi, 2001).

Na equipe integração de trabalhos há comunicação intrínseca ao trabalho, um projeto assistencial comum, diferenças técnicas e especificidade entre trabalhos especializados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, flexibilidade da

divisão de trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente, atitudes que caracterizam a articulação dos saberes (Peduzzi, 2001).

Tonetto e Gomes (2007), problematizam a atuação do psicólogo em equipes de saúde, enfatizando a importância do trabalho em equipe para compreensão das particularidades das diversas áreas de atuação. Relatam também a importância dos resultados do trabalho para a valorização do trabalho do psicólogo em equipe. Há um crescente interesse pelo trabalho do psicólogo hospitalar em equipes de saúde e a psicologia enquanto ciência têm muito a contribuir.

A articulação de diversas profissões de saúde em trabalho multidisciplinar traz benefícios tanto para a instituição quanto para os funcionários e clientela: sistematiza o trabalho, diminuí os custos e aumenta os resultados. Contudo, é necessário clareza por parte dos profissionais a respeito do próprio trabalho e o dos colegas e qualidade na comunicação entre a equipe, para a melhora no trabalho multidisciplinar O trabalho em equipe multidisciplinar é promissor e essa tendência irreversível. (Tonetto & Gomes, 2007).

Stolkiner (1999), reflete e problematiza sobre a justaposição de duas práticas que apesar de estarem entrelaçadas, possuem diferentes produções: a pesquisa interdisciplinar que produz conhecimentos e a equipe interdisciplinar que produz ações. Porém estas práticas não estão totalmente separadas. A autora relata a importância de caminharmos no sentido de minimizar estas diferenças, com as ações produzindo conhecimentos e os conhecimentos sendo aplicados nas ações.

A nível epistemológico o conhecimento interdisciplinar busca eliminar a fragmentação entre as disciplinas e para tal é imprescindível reconhecer a não diferenciação real do objeto em estudo. A nível metodológico, tanto a pesquisa quanto a assistência interdisciplinar devem programar as formas e condições em que se desenvolvem. Para que a equipe interdisciplinar ocorra é necessário um tempo de trabalho separado para isso e local para reuniões e discussões de casos clínicos (Stolkiner, 1999).

É importante ter claro que equipes interdisciplinares são mais que um grupo de trabalho heterogêneo. Para trabalhar em equipes interdisciplinares é necessário que os profissionais assumam a incompletude da sua disciplina, renunciando às hierarquias das profissões e dos saberes disciplinares enquanto forma de poder (Stolkiner, 1999).

Trabalho em equipe de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

"A saúde é direito de todos e dever do estado". Esta foi a grande conquista do povo brasileiro, alcançada em 1988, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde). O SUS tem três princípios norteadores: a universalidade, a integralidade e a equidade. Desde a sua criação até os dias atuais, o SUS vêm se afirmando, se aperfeiçoando e se transformando (Brasil, 2006).

O SUS adotou a política transversal da Humanização, na qual há a valorização dos sujeitos do processo de produção de saúde (profissionais, usuários e gestores), o fomento da autonomia desses sujeitos, co-responsabilidade entre eles na produção de saúde, vínculos solidários e participação ativa, mudança nos modelos de atenção e gestão e melhoria nas condições de trabalho e de atendimento (Brasil, 2006).

Para alcançar estas direções, o SUS operacionaliza-se com "a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos; a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar", entre outros (Brasil, 2006, p. 4). Reforça estes ideais ao destacar enquanto um dos princípios norteadores o "fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade" (Brasil, 2006, p. 5).

O SUS apresenta a proposta de Clínica Ampliada, na qual a clínica e a gestão são inseparáveis, com intercâmbios de opiniões e saberes. Entende-se por clínica não somente o médico, mas todos os profissionais da saúde incluídos no processo. Esta proposta é uma procura por diálogo, uma tentativa de desfragmentação entre gestão e atenção, buscando a participação dos sujeitos e tornando-os autônomos para o planejamento de projetos terapêuticos. Salienta-se que sujeitos são todos os indivíduos envolvidos na produção de saúde, ou seja, gestores, profissionais da saúde e usuários. Preparar os indivíduos para lidar com a complexidade dos sujeitos, auxiliando na compreensão da multicausalidade dos problemas de saúde é ajuda-los a trabalhar em equipe (Brasil, 2004a, 2006, 2009).

A Clínica Ampliada mira a doença, o indivíduo, a família e o contexto social. Tem como meta produzir saúde através da estimulação da autonomia do paciente, sua família e comunidade. Se operacionaliza através da integração da equipe transdisciplinar e da clientela, através da construção de vínculos e projetos terapêuticos (Brasil, 2004a, 2006, 2009).

A proposta é promover a saúde, ao invés de curar a doença. O "estar doente" abre a possibilidade de transformação, para que a doença, mesmo que limitante, não impeça o

indivíduo de viver. Quase sempre, mas principalmente nas doenças crônicas, o resultado depende da participação do indivíduo doente (Brasil, 2004a, 2006, 2009).

Outra proposta do SUS são as Equipes de Referência. São equipes multiprofissionais, transdisciplinares; que servem como referência à clientela, ou seja, responsável pela condução de um certo número de casos e que elaboram os projetos terapêuticos singulares. Quando necessário pedem apoio aos serviços matriciais (mais especializados), sem deixar de se responsabilizar pelo sujeito de forma integral. São a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde. A equipe de referência é quem faz a conexão entre todas as propostas de intervenção (Brasil, 2004b, 2006).

A Cartilha da PNH: Equipe de Referência e Apoio Matricial preconiza a disponibilização de períodos de tempo dedicados e reuniões da equipe transdisciplinar para a discussão dos projetos terapêuticos, salientando a valorização dos diversos profissionais e a interdependência dos mesmos (Brasil, 2004b).

Equipes de saúde e gestação de alto risco

A portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, instituiu as diretrizes para a organização e definiu os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência da atenção à saúde na gestação de alto risco. Está previsto o atendimento integral da mulher, com elaboração de projeto terapêutico singular pela equipe de referência, além do acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional (Ministério da Saúde, 2013).

Foi realizada uma busca por literaturas acadêmicas no portal de busca integrada SIBI (Sistema integrado de bibliotecas Universidade de São Paulo) e nas seguintes bases de dados: BVSpsi, PsycBOOKSc, PsycARTICLES, PsycINFO, Scopus, e no Web of Knowledge, que abrangessem a atuação do psicólogo em equipes de saúde na discussão de casos de gestantes com diabetes mellitus, através do cruzamento dos seguintes termos: “psicólogo hospitalar” ou “equipes interdisciplinares” ou “equipes multiprofissionais” ou “equipes de saúde” ou “equipe de referência” AND “gestação” ou “gravidez” AND “diabetes” . Não foram encontrados trabalhos relevantes.

Inicialmente houve uma tentativa de limitar a busca, concentrando-a em trabalhos científicos sobre gestantes com diabetes mellitus. Optou-se pela inclusão de pesquisas sobre equipes de saúde na gestação da alto risco e mesmo com a ampliação da busca, não foram encontrados trabalhos específicos sobre as reunião em equipe ou discussões em equipe multiprofissional. Pode-se encontrar alguns artigos que relatam experiências

de usuárias (diabéticas e gestação de alto risco) do atendimento multiprofissional e sobre o atendimento multidisciplinar, textos estes que serão revisados a seguir.

Em uma pesquisa sobre a interação das gestantes de alto risco com a equipe de atendimento multiprofissional, revelou-se a importância do atendimento integral dessas pacientes devido a melhora na qualidade da atenção básica e/ou hospitalar que esta visão propicia. Além da amenização de sentimentos negativos, como medo e preocupações, por meio de explicações adequadas sobre a gestação "de alto risco" e a saúde da mãe e do bebê. As expectativas e ansiedades puderam ser minimizadas através do apoio da equipe (Oliveira & Madeira, 2011).

Além disso, através do encontro entre a gestante e a equipe, atitudes e hábitos inadequados ou não saudáveis puderam ser transformados, o empenho no auto cuidado pode ser aumentado, propiciando sentimentos de segurança na gestante de alto risco (Oliveira & Madeira, 2011).

Maia e Araújo (2004), salientam a importância do atendimento psicológico e multidisciplinar para os pacientes diabéticos. Demonstram a possibilidade de uma relação direta entre o controle glicêmico e aspectos psicológicos destes pacientes.

Em um artigo que relata o atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório do HCFMRP-USP, é salientado a importância do atendimento psicológico ao diabético e o trabalho é descrito em duas etapas: 1-fase educativa (conhecimentos e cuidados com a doença, e 2-fase de apoio psicológico (trabalha aspectos emocionais dos pacientes através de 6 sessões de psicoterapia breve focal) (Ferraz et al., 2000).

Diversas pesquisas relatam atendimentos à gestante com DM por equipes interdisciplinares, porém nem sempre está incluso o psicólogo (Sociedade Brasileira de Diabétes,2009; Feitosa et al., 2010; Golbert & Campos, 2008; Weinert et al.)

Peduzzi (2007), em sua tese de livre-docência, relata que o trabalho em equipe em serviços de saúde está em processo de construção e fortalecimento. Dos 21 gerentes de saúde que participaram da pesquisa, apenas 11 relatam trabalho em equipe na forma de comunicação entre os profissionais e apenas 3 descrevem a equipe enquanto grupo que possui objetivo de trabalho em conjunto e constrói projetos terapêuticos. Na grande maioria dos relatos, o trabalho dos diversos profissionais é individualizado, o que leva a fragmentação da assistência e aumento dos custos.

Em poucos depoimentos surge o trabalho em equipe de modo consistente, com integralidade da saúde, que é a questão central nas mudanças de valores e práticas que

a política de saúde tem buscado. O modelo biomédico aparece em relatos, e também, muitas vezes o trabalho em equipe é visto apenas como agrupamento de profissionais ao invés de equipes verdadeiramente integradas (Peduzzi, 2007).

A velha tensão entre ampliar o acesso e transformar as práticas e as instituições de saúde segue atual. Não basta garantir o acesso universal e igualitário aos brasileiros. As práticas de cuidado devem estar fortemente voltadas para dar a resposta ao sofrimento das pessoas ou para evitar esse sofrimento. É esse o desafio de um SUS mais humano (Mattos, 2009, p. 779) .

Considerações finais

A gravidez é um período de transição existencial, no qual ocorrem transformações significativas e novas adaptações são imprescindíveis. Entretanto, se ocorrer dificuldade nesta adaptação, a mulher pode vivenciar um período de crise. Devido à grande influência dos aspectos psíquicos envolvidos na gravidez e ampliados pela vivencia de uma gravidez de alto risco, podem ser de grande valia as contribuições do psicólogo hospitalar no contexto de equipes interdisciplinares.

As contribuições das diversas profissões de saúde em equipe multidisciplinar traz vantagens, permitindo um projeto terapêutico singular com planejamento para um atendimento integral, beneficiando a saúde da gestante de uma forma mais ampla, assim como a saúde do feto e futuro bebê.

O SUS adotou a política da humanização, na qual há a valorização dos sujeitos do processo de produção de saúde (profissionais, usuários e gestores), o fomento da autonomia desses sujeitos, co-responsabilidade entre eles na produção de saúde, vínculos solidários e participação ativa, através de mudança nos modelos de atenção e gestão e melhoria nas condições de trabalho e de atendimento.

Neste sentido, o SUS tem facilitado encontros entre os sujeitos, através da construção de espaços para intercâmbio e produção de saberes, destacando enquanto um dos princípios norteadores a consolidação de trabalho em equipe multiprofissional, favorecendo a transversalidade e a grupalidade.

Apesar dos grandes benefícios para a gestante com DM trazidos pelo encontro e dos diversos saberes, através de trabalho em equipe multidisciplinar, poucas pesquisas tem sido realizadas sobre este tema. Não foram encontrados trabalhos científicos específicos sobre reunião em equipe ou discussões em equipe multiprofissional do

atendimento à gestante diabética. Pode-se encontrar artigos que relatam o atendimento multidisciplinar e as experiências das gestantes com DM e de alto risco com esta atenção. A falta de pesquisas realizadas na área demonstra a necessidade de psicólogos pesquisadores que possam contribuir para o incremento cientifico deste tema, estudando com maior profundidade o trabalho das equipes de saúde.

Referências bibliográficas

Barbosa, R. F., Duarte, C. A. M., & Santos, L. P. d. (2012). Psicossomática, Gestação e Diabetes:Um Estudo de Caso Psicologia: Ciência Profissão, 32(2), 472-483. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000200014&script=sci_arttext

Bezerra, M. G. A., Carvalho, F. A. M., & Sobreira, T. T. (2001). Sentimentos de gestantes diabéticas. Revista Rene., 2(1), 95-100. http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4632

Biri, A., Korucuoglu, U., Ozcan, P., Aksakal, N., Turan, O., & Himmetoglu, O. (Jun 2009). Effect of different degrees of glucose intolerance on maternal and perinatal outcomes. . Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 22. (6), 473-478.

Brasil, M. d. S. (2004a). Clínica ampliada: HumanizaSUS Cartilha PNH, Vol. 10. Secretaria-Executiva (Ed.) (pp. 16).

Brasil, M. d. S. (2004b). Equipe de referência e apoio matricial: HumanizaSUS Cartilha da PNH, Vol. 10. Secretaria-Executiva (Ed.) (pp. 15). Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf

Brasil, M. d. S. (2006). Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS: Material de apoio S. d. A. à. Saúde (Ed.) (pp. 84). Retrieved from http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf

Brasil, M. d. S. (2009). HumanizaSUS: clínica ampliada e compartilhada Série B. Textos Básicos de Saúde, (pp. 64). Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Chaves, E. G. S., Franciscon, P. d. M., Nascentes, G. A. N., Paschoini, M. C., Silva, A. P. d., & Borges, M. d. F. (2010). Estudo retrospectivo das implicações maternas, fetais e perinatais em mulheres portadoras de diabetes,em 20 anos de acompanhamento no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 54(7), 620-629. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302010000700006&script=sci_arttext

Diabetes, S. B. d. (2009). Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2009 Retrieved from http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf

Feitosa, A. C. R., Queiroz, A. M., Vianna, A. M., & Schleu, M. (2010). Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 32, 504-509.

Ferraz, A. E., Zanetti, M. L., Brandão, E. C. M., Romeu, L. C., Foss, M. C., Paccola, G. M., . . . Montenegro Jr., R. (2000). ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS NO AMBULATÓRIO DE DIABETES DO HCFMRP-USP Medicina Usp (Ribeirão Preto), 33, 170-175. http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7684

Ferreira, A. C. F. d. (2009). Psicodinamismos de grávidas com gestação de alto risco por Diabetes Mellitus pré-gestacional. (mestrado), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Retrieved from http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/20_05_2010__11_03_47__43.pdf

Golbert, A., & Campos, M. A. A. (2008). Diabetes Melito Tipo 1 e Gestação. Arquivos Brasileiros de Endrocrinologia Metabologia, 52(2), 307-314. http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n2/18.pdf

Group, C. a. C. T. R. (2000). Effect of pregnancy on microvascular complications in the diabetes control and complications trial. Diabetes Care, 8, 84-91.

Hayden, T., Perantie, D. C., Nix, B. D., Barnes, L. D., Mostello, D. J., Holcomb, W. L., . . . Hershey, T. (2012). Treating Prepartum Depression to Improve Infant Developmental Outcomes: A Study of Diabetes in Pregnancy Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 19, 285–292.

Heleno, M. G. V. (2000). Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes diabéticos tipo 2. (Doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo.

Maia, F. F. R., & Araújo, L. R. (2004). Aspectos Psicológicos e Controle Glicêmico de Um Grupo de Pacientes Com Diabetes Mellitus Tipo 1 em Minas Gerais. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 48(2), 261-266. http://www.scielo.br/pdf/abem/v48n2/a09v48n2.pdf

Maldonado, M. T. (2002). Psicologia da Gravidez: parto e puerpério (Saraiva Ed. 16. ed. ed.). São Paulo.

Mattos, R. A. d. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13, 771-780.

Menezes, C. C., & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transiçao para a parentalidade: gestaçao até os dezoito meses do bebê. . Psico - USF, 12(1), 83-93. http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf

Oliveira, V. J., & Madeira, A. M. F. (2011). Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Escola Anna Nery, 15, 103-109.

OMS, O. M. d. S. (2002). Saúde Mental. Nova concepção, nova esperança. Relatório mundial da saúde Retrieved from http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de Saúde: Conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, 35(1), 103-109. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf

Peduzzi, M. (2007). Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientadas pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. (Livre-docência Livre-docência), Universidade de São Paulo, São Paulo.

Peduzzi, M. (2009). Trabalho em Equipe Dicionário da Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. Psico-USF., 16(2), 215-225. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712011000200010.

Ray, J. G., O'Brien, T. E., & Chan, W. S. (2001). Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a metaanalysis. Kansas Journal of Medicine, 94, 435-444.

Saúde, M. d. (2011). Vigitel Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para as doenças crônicas para inquérito telefonico. Dados sobre diabetes.: Ministério da Saúde Retrieved from http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Mai/09/Vigitel_2011_diabetes_final.pdf.

Portaria N 1.020, de 29 de maio de 2012, 1.020 C.F.R. (2013).

Simon, R. (2005). Psicoterapia breve operacionalizada. Teoria e técnica. São Paulo: Casa do psicólogo

Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: Entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi, (Abr). http://www.campopsi.com.ar/

Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estudos de Psicologia, 24(1), 89-98. http://www.ufrgs.br/museupsi/lafec/artigos.html

Weinert, L. S., Silveiro, S. P., Oppermann, M. L., Salazar, C. C., Simionato, B. M., Siebeneichler, A., & Reichelt, A. J. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar Gestational diabetes management: a multidisciplinary treatment algorithm. Arquivos brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 55(7), 435-445.

Wutke, E. F. (2009). Estudo do psiquismo de gestantes com diabetes mellitus através do questionário para estilo de defes (DSQ) e questionário de morbidade psiquiátrica para

adultos (QMPA). (Mestrado), Universidade Federal de Uberlandia, Uberlândia. Retrieved from http://hdl.handle.net/123456789/2651

Zagoneli, I. P. S., Martins, M., Pereira, K. F., & Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. Revista Eletrônica de Enfermagem, 5(2), 24 – 32. http:/www.fen.ufg.br/revista